

記入例

払 込 取 扱

認定審査料 会員11,000円
非会員16,500円

振替払込請求書兼受領証

00	東京													
口座記号		口座番号(右詰めで記入)		金額	千	百	十	万	千	百	十	円		
0	0	1	9	0	5			7	7	2	3	3		
										1	1	0	0	0

加入者名 一般社団法人日本病院薬剤師会

通 信 欄 がん薬物療法専門薬剤師認定審査料

1) 施設名: ○○病院 受付番号: 9999

2) 受講者名: ○○ ○○

〒 000-0000
 おとこみ ○○県○○市1-1-1
 おなまえ ○○病院
 ○○ ○○

(電話番号 00 0000 0000 -)

受付局日附印

口座記号番号 001905

口座番号(右詰めで記入) 77233

加入者名 一般社団法人日本病院薬剤師会

金額 千 百 十 万 千 百 十 円 1 1 0 0 0

おなまえ ○○ ○○ 様

消費税込 料 金 円

受付局日附印

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所を訂正印を押してください。
郵便局にお出しください。

裏面の注意事項をお読みください。
これより下部には何も記入しないでください。