

記入例

払込取扱票

認定審査料は 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											
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

金額 千 百 十 万 千 百 十 円

妊婦・授乳婦専門薬剤師認定審査料

- 1) 施設名: ○○病院
- 2) 申請者名: ○○ ○○

〒 000-0000

おところ ○○県○○市 1-1-1

おなまえ ○○ ○○

(電話番号 00 0000 0000 -)

受付局日附印

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

口座記号	0	0	1	9	0	5								
口座番号			7	7	2	3	3							
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	○○ ○○													
ご依頼人	○○ ○○ 様													
料	(消費税込み) 受付局日附印													
金	円													
特殊取扱														

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

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。