

記入例

払込取扱票

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		精神科専門薬剤師 認定審査料																
信		1) 施設名: ○○病院 受講番号: 9999																
欄		2) 受講者名: ○○ ○○																
・		〒 000-0000																
ご		○○県○○市 1-1-1																
依頼		○○病院																
人		おなまえ ○○ ○○																
		おなまえ ○○ ○○																
		(電話番号 00 0000 0000 -)																
		受付局日附印																

各欄の※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。

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。郵便局にお出しください。

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) 受付局日附印								
金	円								
特殊取扱									