

払込取扱票の記入例

- 下記の項目をご記入のうえ、払込みをしてください。
- ※通信欄は必ず記入例どおりの順番でご記入ください。
- ※郵便局備え付けの払込取扱票でも申込み可能です。
- ※払込手数料は、ご依頼人様負担となります。

口座番号

- 00140-3-94449

加入者名

- 公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口

通信欄

- 郵便番号
- 住所
- 電話番号(申込み住所でご使用の会員登録電話番号を記入)
- 店舗名(自宅住所を記入された方は記入不要)
- フリガナ
- 会員氏名(加入者になる方のお名前)
- 会員番号
- プラン名 アンチ・ドーピング

自宅住所で加入の場合は記入不要です。

加入者証が届くまではご加入の確認ができる控えとなりますので、大切に保管してください。

払 込 取 扱 票																														
00	東京																													
0	0	1	4	0	3	9	4	4	4	9	金額	千	百	十	万	千	百	十	円											
																						¥	2	7	0	0				
加入者名	公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口											料金			備考															
住所	〒160-8389 東京都新宿区四谷3-3-1											住所等の変更時には、所属部 室が異なると、必ず変更票をご提出ください。																		
店舗名	ニチャク薬局											(店) 上記欄に住所住所を記入された方は、記入の必要はありません。																		
フリガナ	ニチャク タロウ											フリガナ																		
氏名	日薬 太郎											氏名																		
会員番号	99999999											会員番号																		
プラン名	アンチ・ドーピング											プラン名																		
このより下欄には何も記入しないでください。												切り返さないでお返しください。																		
振替払込請求書兼受領証												口座記号番号																		
												0	0	1	4	0	3													
												加入者名																		
												公益社団法人 日本薬剤師会 賠償口																		
												千	百	十	万	千	百	十	円											
																				¥	2	7	0	0						
												ご依頼人																		
												ニチャク薬局																		
												日薬 太郎																		
												99999999																		
												日 給 印																		
												料 金																		
												円																		
												備 考																		
												この受領証は、大切に保管してください。																		