一般社団法人　豊橋市薬剤師会　御中

院外処方せんＦＡＸカウンター　運営維持会費報告書

（まとめ払い用）

振込金額を記入して豊橋市薬剤師会事務局へＦＡＸしてください。

振込年月日　　年　　月　　日

振込先　　（　蒲信 ・ 豊信 ・ ゆうちょ　）　○印を付けてください。

振込口座名（　　）　**口座名と薬局名が異なる**

薬局名　　（　　）　**場合は必ず口座名を記入**

＊この用紙は各自コピーして使用してください。

年	月	豊橋 市民病院	豊橋 医療センター	合計数	金　　額
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
		枚	枚	枚	×70 円=　　円
総　合　計				**枚**	**×70 円=　　円**

記入方法及び提出方法

☆　振込手数料は各自ご負担ください。

☆　各病院の枚数は今までと同じ自己申告です。

☆　１年分まとめて振り込む場合は前年分(4 月~3 月請求分)を**４月２５日まで**に振り込んでください。

☆　振込口座名によっては薬局名が判断できない場合があります。
会社名で振り込む場合は必ず口座名・薬局名を記入してください。

☆　報告書の提出は豊橋市薬剤師会事務局へＦＡＸ送信してください。

ＦＡＸ　０５３２－４７－５２９８

☆下記口座に４月２５日までに振り込んでください。

口座名　一般社団法人　豊橋市薬剤師会

豊橋市中野町中原 100-6　℡0532(47)0830

蒲郡信用金庫　曙支店　普通　０８４０４０８

豊橋信用金庫　三本木支店　普通　０２２３０２８

ゆうちょ銀行　記号　１２１９０　番号　８２６７６８８１

他金融機関からの振込の場合

【店名】二一八（ニイチハチ）

【店番】２１８　普通　８２６７６８８