

一般社団法人 豊橋市薬剤師会 御中

院外処方せん F A X カウンター 運営維持会費報告書
(毎月払い用)

令和 年 月分

豊橋市民病院 枚 × 100円 = 円

豊橋医療センター 枚 × 100円 = 円

合計 円

振込金額を記入して豊橋市薬剤師会事務局へ F A X 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。

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。

☆ 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 F A X 送信してください。

F A X 0532-47-5298

☆下記口座に翌月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 Tel0532(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