（任意）請求書番号 〇〇

**サンプル**

**青字の情報の記載は任意です**

発行日　20○○年○月○日

一般社団法人　日本医療薬学会　御中

**基幹施設名（病院）** 〇〇

**（任意）責任者名（代表者等）** 〇〇

**公印又は責任者印**

**（任意）郵便番号、住所** 〇〇

**（任意）電話番号** 〇〇

**（任意）担当者名、mailアドレス等** 〇〇

登録番号　T〇〇〇〇〇〇〇〇〇

**請　求　書**

下記のとおりご請求申し上げます。

合計金額　￥33,000-（税込）

（10％対象　消費税￥3,000-）

内訳：医療薬学専門薬剤師薬剤師制度　連携研修料

■研修期間：20〇〇年〇月〇日～20〇〇年〇月〇日

■受入人数：1名（連携研修者名 〇〇）

【振込先】

銀行名　：〇〇  
支店名　：〇〇

預金種別：〇〇

口座番号：〇〇

フリガナ：〇〇

口座名義：〇〇

【お支払期限】

　20〇○年○月末日

※　振込手数料は振込人にてご負担くださいますようお願いいたします。