

医師記入例

払 込 取 扱 票										振替払込請求書兼受領証																	
00		口座記号				口座番号				金額		千		百		十		万		千		百		十		円	
00		03605				4933				金額								4000									
加入者名 栃木県臨床細胞学会										料金		備考															
平成〇〇年度 学会年会費																											
000-0000																											
栃木県 細胞市 核 00-00																											
細胞 太郎										日 附 印																	
000-0000-0000																											
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行) これより下部には何も記入しないでください。										切取らないでください。																	

振替払込請求書兼受領証																											
00		口座記号				口座番号				金額		千		百		十		万		千		百		十		円	
00		03605				4933				金額								4000									
加入者名 栃木県臨床細胞学会																											
ご依頼人 細胞 太郎										日 附 印																	
料金 円																											
備考																											
この受領証は、大切に保管してください。																											