

2024年5月8日

施設長各位

日赤薬剤師会
会長 森 英樹



2024年度日赤薬剤師会の会費の納入について
謹啓時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は当会の運営にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、2024年度の日赤薬剤師会の会費の納入時期となりましたのでご案内いたします。会費のお支払いにつきましては2024年6月30日までに下記振込先までお振込みいただきますようお願いいたします。
また、日赤薬剤師会会費納入票（別添）につきましては、別途必要事項をご入力の上、会計担当までメールにて送付もしくは郵送の方よろしくようお願いいたします。

記

1. 内訳

2024年度日赤薬剤師会会費

円（4,500円×名分）

2. 振込先

① 郵便振込（ゆうちょ銀行）

店番：018

口座番号：普通預金8099867

口座名義：日赤薬剤師会代表者森英樹

② 銀行振込（三井住友銀行・広尾支店）

店番：290

口座番号：普通預金0117808

口座名義：日赤薬剤師会代表者森英樹

☆☆☆ **注意事項** 必ずお読みください☆☆☆

○**納入票**の提出も併せてお願いします。

*納入票は**メール**にて送ってください。

*エクセルが全社統合システムによりはじかれる場合があります。対応のバージョンで送っていただくか、**PDF**で送っていただくようお願いします。

○振込元のお名前は個人名ではなく、**施設名**をお願いいたします。

施設内で分けて入金の場合は、**個人名を併記しメールでもお知らせください。**

○**「日本赤十字社」は省略**をお願いいたします。

(通帳の印字が施設名まで表示されないため)

名前の変更は可能のはずですが、できない場合は**メールにて施設名と納入日・金額を教えてください**

○施設毎に一括し、**6月30日まで**に**期日厳守**にて納入して下さい。

日赤薬剤師会 会計担当 大道 淳二

2024年度 日赤薬剤師会会費納入票

・貴施設名 _____赤十字病院（薬剤部、検査部、（ ））

・ブロック名 北海道 東北 東部 中部 近畿
中四国 九州 （該当ブロックにチェック）

・薬剤師会員数

薬剤部会員数 _____名

検査部会員数 _____名

会費合計額 4,500円× _____名

総額 _____円

会費納入者名（氏名は正確にご記入下さい）

No	氏名	No	氏名	No	氏名
1		21		41	
2		22		42	
3		23		43	
4		24		44	
5		25		45	
6		26		46	
7		27		47	
8		28		48	
9		29		49	
10		30		50	
11		31		51	
12		32		52	
13		33		53	
14		34		54	
15		35		55	
16		36		56	
17		37		57	
18		38		58	
19		39		59	
20		40		60	

※日赤薬剤師会会費納入票を日赤薬剤師会ホームページに掲載しますのでご利用ください。
 会費納入票は会計担当 大道 淳二までメールにて添付送信いただくか、下記の住所に
 お送りください。

（住所）〒700-8607 岡山県岡山市北区青江二丁目1番1号
 岡山赤十字病院 薬剤部

（TEL）086-222-8811（代）日赤薬剤師会 会計 大道 淳二

E-mail：j-omichi.dw@okayama-med.jrc.or.jp