

2024年度 日赤薬剤師会会費納入票

・貴施設名 _____ 赤十字血液センター

・ブロック名 ☐北海道 ☐東北 ☐東部 ☐中部 ☐近畿
☐中四国 ☐九州 ☐血液センター (該当ブロックにチェック)

・薬剤師会員数

血液センター会員数 _____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)

N o	氏名	N o	氏名	N o	氏名
1		1 6		3 1	
2		1 7		3 2	
3		1 8		3 3	
4		1 9		3 4	
5		2 0		3 5	
6		2 1		3 6	
7		2 2		3 7	
8		2 3		3 8	
9		2 4		3 9	
1 0		2 5		4 0	
1 1		2 6		4 1	
1 2		2 7		4 2	
1 3		2 8		4 3	
1 4		2 9		4 4	
1 5		3 0		4 5	

※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