

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