

様式第 11 号

鹿児島県薬剤師会応能会費等引去口座届出事項変更届

令和 年 月 日

鹿児島県薬剤師会会長
鹿児島市薬剤師会会長

住 所

保 険
薬局名

印

私は、公益社団法人鹿児島県薬剤師会の応能会費、鹿児島大学病院の FAX 応需負担金、レセプト等帳票類代金、鹿児島医療センター・鹿児島市立病院 FAX 応需負担金の引去り口座を変更いたします。

変更前口座

--

変更後口座

金 融 機 関 名	銀行 金庫 組合								本店 支店 支所
口 座 番 号	普通 ・ 当座	(右詰めで記入)							
名 義 人 氏 名	(フリガナ)					預貯金届印	印		
名 義 人 住 所									

「注」 応能会費、鹿児島大学病院 FAX 応需負担金、鹿児島医療センター・鹿児島市立病院 FAX 応需負担金については総会において決定することとする。