年　　　月　　　日

支払通知書提出の依頼

　研修終了後、１から２週間を目途に研修費を振込願います。研修３か月あたり300,000円（税別）となります。本院へのお振り込みは、下記の銀行口座へお願い致します。

　また支払いが完了しましたら、支払通知書（次ページに書式）をお送りいただきますようお願い申し上げます。

記

【 銀 行　名 】　み ず ほ 銀 行

【金融機関コード】 ０００１

【 支　店　名 】　根 津 支 店

【 店　番　号 】　２３５

【 預 金 種 目 】 普 通 預 金

【 口 座 番 号 】　６５７７８７

【 口 座 名 義　】

　【 研 修 費 用 】　300,000円（税別）

　【支払通知書送付先】〒113-8603　東京都文京区千駄木１－１－５

日本医科大学付属病院　薬剤部　薬品情報室

日本医科大学付属病院　薬剤部　2020.2　改訂

年　　　月　　　日

日本医科大学付属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　願出者（責任者）

支　払　通　知　書

　下記の通り、研修費用を支払いましたので、通知いたします。

記

１．支払金額　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．支払日　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

３．支払名義

４．支払明細

　（１）研修生名

　（２）研修期間　　　　　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日

以上

日本医科大学付属病院薬剤部　2018.1　改訂