長井記念薬学研究奨励支援事業

|  |  |
| --- | --- |
| 採用年度 | 2024年度 |
| 受付番号 |  |

　　　　年　　月　　日

公益社団法人　日本薬学会　　御中

私への支払は、今後次の金融機関の口座へ振り込んでいただくよう依頼します。

□新規　□変更　（←該当欄に✓をお願いします）

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  |
| 口 座 名 義（本人名義） |  |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀　　行 |
| 本 ・ 支店名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支　　店 |
| 預 金 種 別 | １．普 通　 ２．当 座 |
| 口 座 番 号 | （店番号）**３桁** | （口座番号）**７桁でご記入ください** |