

長井記念薬学研究奨励支援事業

採用年度	2025年度
受付番号	

年 月 日

口座振込依頼書

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)		
金融機関名	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