

記入見本

郵便局にて下記の様に記入してください。

会員番号・認定審査料・受験日（西暦）をご記入ください

この部分のコピーを
同封してください

払込取扱票											
00		口座記号番号									
008806		77910									
加入者名		日本医学歯学情報機構口腔ケア認定試験									
通信欄		会員番号 _____ 認定審査料 _____ 級 受験日 20__ 年 __ 月 __ 日									
ご依頼人		干 ※ おとこひ ※ おなまえ (ご連絡先電話番号) _____ 様									
日附印		日 附 印 日 附 印									
料金額		千 百 十 万 千 百 十 円 ※									
備考		備考									

振替払込請求書兼受領証											
口座記号番号		008806									
加入者名		日本医学歯学情報機構 口腔ケア認定試験									
料金額		千 百 十 万 千 百 十 円 ※									
ご依頼人		干 ※ おとこひ ※ おなまえ (消費税込) _____ 様									
日附印		日 附 印 日 附 印									
料金額		千 百 十 万 千 百 十 円 ※									
備考		備考									

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)
これより下部には何も記入しないでください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押ししてください。
切り取らないでお出ください。

この受領証は、大切に保管してください。

氏名・住所・電話番号等をご記入ください

※ 3級の審査料は20,000円です。

※ 申請書のデジタルデータ提出がない場合は、
審査料に手数料（3,000円）を加算ください。