|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\대한의료관련감염관리학회\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCacheContent.Word\로고.png | **대한의료관련감염관리학회** |
| **Korean Society for Healthcare-associated Infection Control and Prevention (KOSHIC)** |
| 우) 06628 서울특별시 서초구 강남대로 309 코리아비지니스센터 1716호 |
| 전 화 : (02) 585-8383 팩 스 : (02) 585-8384 |

|  |
| --- |
| **2018년 25차 연수과정 사전등록비 환불 신청서** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **성 명** |  | | | |
| **근무처 및 소속** |  | | | |
| **입 금 액** |  | **입 금 일** | |  |
| **이메일 주소** |  | | | |
| **연 락 처** |  | | | |
| **환불 정보** | **환 불 액** | |  | |
| **은 행 명** | |  | |
| **계좌번호** | |  | |
| **예 금 주** | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **서 명** |  | **신 청 일** | 2018년 11 월 일 |

\* 환불신청 기간은 **사전등록 기간(11/5일~11/18일)내에**만 가능합니다. 등록마감 후에는 환불이 불가능 합니다.

\* 환불은 사전등록 마감 후 환불절차에 필요한 수수료 공제(하나은행 이외 타은행) 후 일괄적으로 진행되오니 유의바랍니다.

\* 위 내용을 기입하여 이메일 ([info@koshic.org](mailto:info@koshic.org)) 로 보내주시기 바랍니다.