|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| info@koshic.org |

|  |
| --- |
| **2019년 27차 연수과정 사전등록비 환불 신청서** |

|  |  |
| --- | --- |
| **등록자 성명** |  |
| **면 허 번 호** | □ 의사 ( ) □ 간호사 ( ) |
| **소 속** |  |
| **입 금 액** |  | **입 금 일** |  |
| **연 락 처** |  |
| **환 불 사 유** | □ 등록 취소 □ 중복 결제 □ 기타 ( ) |
| 온라인 송금 | 신용카드 결제 |
| **환불요청금액** |  | **환불요청금액** |  |
| **은 행 명** |  | **카 드 명** |  |
| **계좌번호** |  | **카드번호** |  |
| **예 금 주** |  | **승 인 번 호** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **신 청 일** | 2019년 월 일 | **신 청 자** | (서명) |

▣ 환불 금액은 사전등록 마감 이후 일괄적으로 송금해드립니다.

사전등록 취소 요청 시 수수료 제외 후 환급

* 사전등록 취소 가능일: 2019년 11월 18일(월) 접수분까지
* 제출처: info@koshic.org