|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |

|  |
| --- |
| **28차 연수과정 사전등록비 환불 신청서** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **신 청 일** | 2020년 8 월 일 | **신 청 자** | (서명) |

\* 환불신청은 **사전등록 기간(8/25일~9/7일) 내에**만 가능합니다.

등록마감 후에는 환불이 불가능 하오니 유의 부탁드립니다.

\* 환불은 행사 종료 후 1~2주 소요

\* 위 내용을 기입 후 이메일 [pre-info@ceed.kr](mailto:pre-info@ceed.kr) 로 보내주시기 바랍니다.