부록 8-1. 수강료 환불 신청서

**수강료 환불 신청서**

**개인정보**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이름**  |  | **생년월일** |  |
| **소속** |  | **부서** |  |
| **소속기관 주소****(도로명 주소)** |  |
| **연락처(휴대폰)** |  | **이메일**  |  |

**임상시험등 종사자 교육과정/수강료 입금/ 환불계좌 정보**

|  |  |
| --- | --- |
| **종사자 구분** | □ 시험자 □ IRB위원(□의사 □그 외) □ 관리약사 □ CRC □ 기관QA담당자  □ 업무 담당자  |
| **교육과정 구분** | □신규 □심화 □보수  |
| **교육과정명** |  |
| **교육일정** |  |
| **수강료 입금정보** | * 입금일자:
* 입금계좌:
* 입금자명:
* 입금액:
 |
| **환불계좌 정보** | * 은행명:
* 계좌:
* 예금주(본인명의의 계좌만 가능):
 |
| **환불요청 사유**  | * 단순변심
* 개인일정
* 타 교육기관의 교육과정으로 변경
* 기타
 |

본인은 임상시험등 종사자 교육과정에 대한 수강료 환불을 위와 같이 신청합니다.

**신청일:** 20 년 월 일

**신청자:**  (서명)

**한림대학교성심병원장 귀하**