부록 9-1. 수강료 환불 신청서

수강료 환불 신청서

개인정보

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

임상시험 종사자 교육과정/수강료 입금/ 환불계좌 정보

종사자 구분	□ 시험자 □ IRB 위원(□의사 □그 외) □ 관리약사 □ CRC □ 기관 QA 담당자 □ 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 임상시험 종사자 교육과정에 대한 수강료 환불을 위와 같이 신청합니다.

신청일: 20 년 월 일
신청자: (서명)

한림대학교성심병원장 귀하