등록 취소신청서

제1회 임상뇌신경해부학 워크숍

|  |  |
| --- | --- |
| **성명** |  |
| **연락처(휴대폰 번호 기입 요망)** |  |
| **결제수단** | **환불정보** |
| □ 카드 결제 | 카드사 및 카드번호 기재 |
| □ 계좌 이체 | 환불받을 은행명 및 계좌번호 기재 |
| **결제금액 (이체금액)** |  |
| **결제일 (이체일)** |  |
| **취소요청일****(연회비 환불 불가)** | □ 8월 24일(수) 이전 / 100% 환불  |
| □ 8월 25일(목)~8월26일(금) / 50% 환불 |
| □ 8월 27일(토) 당일 no-show 및 이후 환불 불가 |

※ 본인은 위와 같이 대한뇌신경재활학회의 제1회 임상뇌신경해부학 워크숍의 등록내역 취소를 신청합니다.

신청일: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 신청자: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (인)