**학술대회 사전 등록비 환불 요청서**

|  |  |
| --- | --- |
| **성명** |  |
| **소속** |  |
| **사전등록 입금일** |  |
| **사전등록 입금자명** |  |
| **환불 사유 및****환불 금액** |  |
| **환불계좌** |
| **은행** | **예금주** | **계좌번호** |
|  |  |  |

신청일 :. . .

대한진단검사의학회 사무실 귀중

전화: 070-4436-3303

팩스: 02-790-4760

이메일: kscp3@kams.or.kr