

社團法人台灣醫務管理學會

退費/保留申請表

申請日期： 年 月 日

會員編號	<input type="checkbox"/> 會員編號：_____ <input type="checkbox"/> THIS 會員：_____ <input type="checkbox"/> 非會員					
申請人			聯絡電話			
連絡 mail						
聯絡地址						
退費項目	<input type="checkbox"/> 會費 <input type="checkbox"/> 活動報名費 <input type="checkbox"/> 其他_____					
申請事由/金額			應扣除費用		退費/費用保留金額	
● 申請事由 <input type="checkbox"/> 重複繳費 <input type="checkbox"/> 溢繳費用 <input type="checkbox"/> 其他_____ (因故無法參與敬請檢附相關資料)			_____元		<input type="checkbox"/> 申請退費_____元 <input type="checkbox"/> 費用保留_____元	
● 退款金額 _____元						
申請人簽名						
退費資訊	<input type="checkbox"/> 匯款 銀行名稱及分行名稱： 帳號： 戶名： 統一編號或身份證字號： <input type="checkbox"/> 匯票 匯票抬頭： 地址及收件人：					
【審核欄】 以下請勿填寫						
收件日期	年	月	日	審核日期	年	月 日
檢附資料	<input type="checkbox"/> 核對無誤 <input type="checkbox"/> 資料不齊，需補件：_____					
審核結果	<input type="checkbox"/> 不符合退費/保留規定 <input type="checkbox"/> 符合退費規定 <input type="checkbox"/> 符合保留規定					
金 額	<input type="checkbox"/> 退費金額_____元			<input type="checkbox"/> 保留金額 _____元		
承辦單位	承辦人	主任		秘書長		

註1：煩請填妥此表後，連同檢附資料，傳真(Fax:02-23649354)或郵寄(106 台北市羅斯福路三段 95 號 9 樓)至本會，**並務必來電學會確認，是否有收到申請資料。**

註2：本會受理退費作業，時程約為一個月；審查核准金額將以銀行匯款或匯票形式寄出。