

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"/> 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"/> _____研討會 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申請事由		應扣除費用	退費/費用保留金額
<input type="checkbox"/> 重複繳費，金額_____元。 <input type="checkbox"/> 溢繳費用，金額_____元。 <input type="checkbox"/> 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 註：費用保留僅限個人為學會會員者使用
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"/> 符合退費規定 <input type="checkbox"/> 不符合退費規定		
退費金額	<input type="checkbox"/> 同申請退費金額 <input type="checkbox"/> 可退費金額_____元		
承辦單位	承辦人	主管	

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。