中華民國醫事放射學會

退款申請單

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 會員編號 |  |
| 服務單位 |  | 科別 |  |
| 電話 |  | 手機 |  |
| E-mail |  | | |
| 報名活動名稱 |  | 活動日期 |  |
| 退費原因 |  | | |
| 原匯款憑證 |  | | |
| 退款帳戶戶名 |  | | |
| 退款帳戶帳號 |  | | |
| 銀行名稱 |  | 銀行代碼 |  |
| 分行名稱 |  | 分行代碼 |  |
| 帳戶影本黏貼 | | | |