



中華民國 廣復牙科學會

課程取消退費申請單

機關地址：10541 台北市復興北路 465 號 2 樓
電話：02-2546-8834 傳真：02-2546-9157
網址：www.prosthodont.org.tw
E-mail: prosthodont@gmail.com

申請人資訊 (申請人必須為購買課程本人)

申請人姓名		會員編號	
身份證字號		行動電話	
e-mail address			
課程日期及名稱			

申請報名費退費金額：

01、因私人因素申請退費者(例如臨時有事、無法出席...等等)，在報名截止日前，可依下列選項申請退費金額，但若有已發生且不可取消之必要成本(如場地、住宿費等等)另外由活動承辦負責人計算扣款。日期計算以本會該項業務承辦人收到申請資料為計算基準(當日下午 PM 17:00 前，並非寄送日期或郵戳日期)。

請勾選	申請項目	退費金額計算方式
☐	實體課程	扣除 (課程金額*10%) 為退費手續費，故申請退費金額為_____元
☐	線上課程	扣除 (課程金額*20%) 為退費手續費，故申請退費金額為_____元
☐	實作課程	因耗材原故，依個案申請處理，退費金額為_____元
☐	其它	請說明原因，依個案申請處理，退費金額為_____元

02、因不可拒原因而退費者(例如天災、活動延期、活動當日醫院評鑑等等；天災與活動延期之處理方式，均以學會公告方式為準辦理)，經申請人說明申請退費原因，經主管簽核後，可全額退費。

原因	說明並檢附相關證明文件

03、報名截止日後、活動當日及活動結束後均不予退費，惟承辦人可寄發活動資料予報名者。

退款方式：

☐ 匯款	銀行名稱		分行名稱	
	退款帳號		戶名	
☐ 刷退	※以信用卡購買時，退款只得退還至原付款之信用卡帳戶【限全額退費】			

我已完整閱讀退費須知，並同意所有規定事項。申請人簽名：_____