**2018년도 대한응급의학회 춘계학술대회**

**등록 취소 요청서**

|  |  |
| --- | --- |
| **신청자 성명** |  |
| **의사면허번호** |  |
| **송금인** |  |
| **입금일** | **월 일** |
| **환불요청금액** | **\**  |
| **환불받을 계좌 및 예금주** | **계좌번호 :** **은행명 :****예금주:**  |
| **연락처 / 핸드폰번호** | **/**  |
| **신청일** | **2018년 월 일** |

등록취소 요청서 제출 후 “등록현황”에서 꼭 변경 내용을 확인해

주시기 바랍니다. 환불 금액은 춘계학술대회 종료 후 일괄적으로 송금해 드립니다.

제출처 : 대한응급의학회 팩스 02-3676-1339

**대한응급의학회 귀중**