**中華民國紅十字會台北市分會 退費申請單**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人簽章 |  | | | | | 申請日期 | | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 報名課程名稱 | □急救員班 □BLS班 | | | | | 報名上課日期 | | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 身分證字號 |  | | | | | 聯絡手機(必填) | | | | | |  | | | | |
| 退款人戶名 |  | | | | | 銀行(郵局) 分行 | | | | | | | | | | |
| 退款帳號 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 退費原因 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 檢附資料(必要) | 1. 繳費證明(收據)影本或ATM轉帳末4碼：□ □ □ □  2. 原匯款人姓名：  3. 郵局/銀行 存摺正面影本 | | | | | | | | | | | | | | | |

**※ 為確保您的權益，傳真或E-mail後，請於上班時間來電再次確認。**

Email：taipei.redcross@gmail.com

電話：02-2758-3009 傳真：02-2729-0443 聯絡人：高小姐或鄭先生

地址：台北市信義區信義路4段415號5樓之2