**2025년도 대한응급의학회 추계학술대회**

**등록 취소/환불 요청서**

|  |  |
| --- | --- |
| **신청자 성명** |  |
| **의사면허번호** |  |
| **송금인** |  |
| **입금일** | **2025년 월 일** |
| **환불요청금액** | **\**  |
| **환불계좌정보** | **예금주 :** **은행명 :****계좌번호 :**  |
| **연락처 / 핸드폰번호** | **/**  |
| **신청일** | **2025년 월 일** |

1. 등록취소 요청서 제출 후 “등록현황”에서 꼭 변경 내용을 확인해 주시기 바랍니다.
2. 환불 금액은 추계학술대회 종료 후 일괄적으로 송금해 드립니다.
* 제출처 : 이메일 ksem\_yj@emergency.or.kr / 팩스 02-3676-1339

**대한응급의학회 귀중**