**2025년도 대한응급의학회 추계학술대회**

**등록 취소/환불 요청서**

|  |  |
| --- | --- |
| **신청자 성명** |  |
| **의사면허번호** |  |
| **카드결제일** | **2025년 월 일** |
| **환불요청금액** | **\** |
| **환불카드정보** | **카드보유자 성명 :**  **카드사 :**  **카드 번호 :** |
| **연락처 / 핸드폰번호** | **/** |
| **신청일** | **2025년 월 일** |

1. 등록취소 요청서 제출 후 “등록현황”에서 꼭 변경 내용을 확인해 주시기 바랍니다.
2. 카드결제 취소는 PG사 취소 처리 후 1주일 안에 처리 될 예정입니다.

* 제출처 : 이메일 [ksem\_yj@emergency.or.kr](mailto:ksem_yj@emergency.or.kr) / 팩스 02-3676-1339

**대한응급의학회 귀중**