** 사단법인 대한기관윤리심의기구협의회**

**THE KOREAN ASSOCIATION OF INSTITUTIONAL REVIEW BOARDS**

**2021 임상시험 실시기관 종사자 교육**

**임상시험 시험책임자, 시험담당자, 심사위원회위원(의사,그밖의), 업무담당자 심화/보수 과정**

**Webinar 비대면 화상 교육**

**등록비 환불 신청서**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **교육 등록 일자** | 예) 2021년 03월 12일(금) | |
| **환불 대상 및 인원** | 예) A기관 홍길동 / 1명 | |
| **환불 신청자** | **기관** | 예) A대학병원 |
| **성명** | 예) 홍길동 |
| **전화번호** | 예) 02-123-4567 |
| **메일주소** | 예) aaa@kairb.co.kr |
| **등록비**  **결제 정보** | **결제일자** | 예) 2021년 03월 12일(금) |
| **결제자(명)** | 예) A대학병원 홍길동 |
| **결제금액** | 예) 50,000원 |
| **환불 받으실**  **계좌 정보** | **은행명** | 예) KA은행 |
| **계좌번호** | 예) 123-4567-8910 |
| **예금주(명)** | 예) A대학병원 |
| **환불**  **요청 사유** | 예) 타기관 IRB관련 교육 및 행사 참석으로 등록취소  예) 기관 내부 사정으로 인한 등록취소  예) 개인 사정으로 인한 등록취소. | |
| **본인은 위와 같은 사유로 인해 2021년 11월 19일에 시행되는**  **‘2021 임상시험 실시기관 종사자 교육’의 등록비 환불을 신청합니다.**  **일자: 2021년 00월 00일**  **신청인: ( )**  **(사)대한기관윤리심의기구협의회 귀중** | | |

**※본 신청서는 메일(kairb@kairb.org)으로 제출 바랍니다.**

**제출처: KAIRB 사무국**

**05505 서울특별시 송파구 올림픽로 43길 88 서울아산병원 아산생명과학연구원 교육연구관 7층**

**T. 02-6959-3607~9, 02-6959-4205~4206 F. 02-6959-4207-8063, E-mail: kairb@kairb.org, Website: www.kairb.org**