

認定補聴器技能者養成事業 受講申請取消申請書

公益財団法人テクノエイド協会 理事長 殿

下記のとおり、受講申請の取消を申請いたします。
返金の際は振込手数料を差し引いた金額となることを了承いたします。

(西暦) 年 月 日

氏名 (自署) I D

取消申請情報	申請事項	<input type="checkbox"/> 受講の取消 <input type="checkbox"/> 受講日の振替
	講習日	(西暦) 年 月 日 ~ 日 (開催地)
	講習会名	<input type="checkbox"/> 第Ⅰ期養成課程「eラーニング」(受講料 21,000 円) <input type="checkbox"/> eラーニング再学習(受講料 10,000 円) <input type="checkbox"/> 第Ⅰ期養成課程「スクーリング」(受講料 39,000 円) <input type="checkbox"/> 第Ⅱ期養成課程「集合講習」(受講料 63,000 円) <input type="checkbox"/> 第Ⅲ期養成課程「実技実習」(受講料 32,000 円) <input type="checkbox"/> 第Ⅳ期養成課程「集合講習」(受講料 11,000 円) <input type="checkbox"/> 認定補聴器技能者に対する講習会(受講料 1 課目 3,100 円) <input type="checkbox"/> その他 ()
	取消理由 (簡潔に)	
	証明書等の提出	<input type="checkbox"/> あり(書類名:) <input type="checkbox"/> なし *申請期間内に返金を要望される場合は、証明書等の提出は不要です。 *申請期間終了以降に正当な辞退理由があり、これを書面により証明できる場合は、証明書を提出してください。

返金先口座情報	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 (金融機関コード:)	支店名	本店 支店 出張所 (支店コード:)
	口座番号		種別	普通・当座・()
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 手数料を差し引いた金額でのご返金となりますのでご了承ください

【申請書提出・問い合わせ先】 公益財団法人テクノエイド協会 研修部
TEL 03-3266-6882 (直通) FAX 03-3266-6881
Mail: shiken@techno-aids.or.jp

※事務局使用欄

受付日	/	<input type="checkbox"/> 申請期間内 <input type="checkbox"/> 申請期間外	担当者
返金	有・無	備考	
返金額	円		
返金日	/		

【2023.4】