

결 재	담당자	센터장

수 강 료 환 불 신 청 서

※ 아래의 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바랍니다. (파란색 부분 필수 기재사항, 서명 작성요망)

성 명 (수강생 및 보호자)				(서명 필수)
생 년 월 일	성 별	(남) (여)	휴 대 폰	
주 소				
수 강 과 목			납부수강료 (입금일)	
환불신청 사유			환불금액	
금융기관명				
지 급 계 좌				
예금주 성명 (가족만 가능)				
첨 부 서 류	필요시에만 작성			
개 인 정 보 수집·이용 안내	본인 확인절차 및 프로그램 환불금 입금을 위해 상기와 같이 개인정보를 수집하는 것에 대하여 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음			

위와 같은 사유로 수강료 환불을 신청합니다.

20 년 월 일

시흥시학교복합시설 배곧너나들이 센터장 귀하

※ 유의사항

- 시흥시 학교복합화시설 설치 및 운영에 관한 조례 제12조(사용료 및 수강료 징수 등)에 의거 기준에 따라 반환
- 예금주가 수강생 본인이 아닐 경우 추가서류(①가족관계증빙서류,②예금주 통장 사본 등) 제출