

## 海外研修 参加取消願い

### <研修内容>

団体名： 日本医療福祉実務教育協会主催 オーストラリア医療福祉研修

### <払戻金及び払い戻しについて>

契約取消願いの書面を受領した時点で、ご案内済みの取消規定に則り精算・お知らせ致します。  
払戻金の受領については、下記の希望及び必要事項をご記入の上、ご提出下さいませ。

ご入金済み金額( / 時点): ¥

.....下記必要事項にご記入の上、担当の先生までご提出下さい。(FAX、郵送、直接).....

私、 \_\_\_\_\_ は、オーストラリア医療福祉研修の旅行契約を取消します。

<取消の理由> (差し支えない範囲で構いませんので、ご記入下さい。)

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

学校名: \_\_\_\_\_

ご本人の署名: \_\_\_\_\_

印

保護者様の署名(ご本人が未成年の場合): \_\_\_\_\_

印

### ■返金先

指定の口座名をお知らせ下さい。尚、お振込の際にかかる振込手数料は差し引かせていただきます。

金融機関名: \_\_\_\_\_

支店名: \_\_\_\_\_

普通  当座  その他( )

口座番号: \_\_\_\_\_

口座名: \_\_\_\_\_

書面の受領確認ができましたら、取消及び返金処理を取らせて頂きます。  
この度は弊社へのお問い合わせ、誠にありがとうございました。  
またのご利用、心よりお待ちしております。

さくら旅行社

TEL: 097-534-2444

FAX: 097-534-2446

Email: oita@sakurajp.xsrv.jp