**＝返金請求依頼書＝**

**一般社団法人　日本医療メディエーター協会**

**代表理事　和田仁孝　殿**

下記、●●●●年●月●日　分の　返金請求いたします。（会計期間内であることを確認）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録メールアドレス |  |
| 所属機関 |  |
| 連絡先 | （携帯・職場：職場の場合は呼出方法詳細に記入） |
| 返金請求額 | ￥ |
| 返金請求理由 | 上記金額を寄付ではなく、誤入金をしたため返金の請求をいたします。（マイページ確認不足による重複入金　・　振込先間違え・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 返金振込口座 | 銀行名　　　　　　　　・　　　　　　　　　　支店名 |
| 口座番号（普通・当座） | 　 |
| 口座名義人 |  |

＊但し、振込手数料は、わたくし個人が負担をいたします。

年　月　日

氏名