

高雄醫學大學推廣教育「非學分班」退費申請單

申請人填寫資料	姓名*		身分證字號* 或本校職號		推廣學號	
	開課單位	醫學系		學期	學年度第 學期	
	退選課程名稱*	高醫少年醫學營 <input type="checkbox"/> A 梯 7/1~7/5 <input type="checkbox"/> B 梯 7/1~7/5 <input type="checkbox"/> C 梯 8/12~8/16				
	退費事由*					
	銀行/郵局 帳號*	_____銀行/郵局 _____分行				
		帳號： 戶名： (若未檢附存摺帳號影印本，此欄請填寫正確，填寫錯誤影響退費，請自行負責。)				
繳交金額*	合計	元	退費金額 (承辦單位填寫)	合計	元	
申請日期*	年	月	日			
* 資 個 蒐 集 告 知 內 容	<p>高雄醫學大學為協助學員退費相關作業之目的，須蒐集您的姓名、身分證字號、存摺帳號等個人資料(辨識類：C001 辨識個人者、C011 個人描述)，作為退費申請期間及台灣地區內進行聯繫，個人資料將檢附於高雄醫學大學付款憑證中，隨退費申請流程保存於高雄醫學大學會計室。本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫，則可能對您的退費申請作業有所影響。如欲行使其他個人資料保護法第3條的當事人權利，請洽本校教務處推廣教育與數位學習中心。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容。(請在<input type="checkbox"/>內打✓)</p>					
承 辦 單 位 填 寫	教務處推廣教育 與數位學習中心 承辦人	主負責教師簽章	教務處推廣教育與數 位學習中心主任簽章	教務長簽章		
	符合退費 條 件	A 梯、B 梯				
		<input type="checkbox"/> 2024/5/30(四)17:00 前，退費 90%。 <input type="checkbox"/> 2024/5/30(四)17:01 後至 2024/6/27(四)17:00 前，退費 80%。 <input type="checkbox"/> 2024/6/27(四)17:01 後至 2024/7/2(二)15:00 前，退費 50%。 <input type="checkbox"/> 2024/7/2(二)15:01 後，不予退費。				
		C 梯				
	<input type="checkbox"/> 2024/7/10(三)17:00 前，退費 90%。 <input type="checkbox"/> 2024/7/10(三)17:01 後至 2024/8/07(三)17:00 前，退費 80%。 <input type="checkbox"/> 2024/8/07(三)17:01 後至 2024/8/13(二)15:00 前，退費 50%。 <input type="checkbox"/> 2024/8/13(二)15:01 後，不予退費。 <input type="checkbox"/> 課程因人數不足或其他事由，經核定無法開班時，將全數退還費用。 <input type="checkbox"/> 其他：					
<p>※注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「申請人填寫」之欄位請自行書寫清楚，*為必填欄位。 必備資料：收據正本(影印本將不予退費)、本申請單、銀行或郵局存摺帳號影印本，以上資料不齊全時，恕不受理。 請寄至：807 高雄市三民區十全一路 100 號 高雄醫學大學教務處推廣教育與數位學習中心收。 本校退費办理流程，需耗時 2 個月左右款項方能匯入申請之帳戶，造成不便敬請見諒。 						