



元培醫事科技大學華語文中心
Yuanpei University of Medical Technology Chinese Language Learning Center
元培医事科技大学中国語センター

退費申請表
(返金申請書)

申請日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

姓名 氏名		居留證/護照號碼 居住許可証/ パスポート番号	
班級 クラス		電話號碼 電話番号	
退費日期 (返金日)	_____ 年(year) _____ 月(month) _____ 日(Date) <input type="checkbox"/> 開課前(コース開始前) <input type="checkbox"/> 未逾全期授課時數三分之一 (総授業時間の 1/3 以下) <input type="checkbox"/> 已逾全期授課時數三分之一 (総授業時間の 1/3 以上) <input type="checkbox"/> 其他(その他)		
退費原因 (返金理由)	<input type="checkbox"/> 個人因素(個人的な理由) <input type="checkbox"/> 其他(その他): _____		
收據/退款方式 (領收書/返金方法)	<input type="checkbox"/> by cash <input type="checkbox"/> by ATM, with no receipt		
Type of Remittance (* Account name should be identical to the name of applicant)			
帳戶名 口座名			
<input type="checkbox"/> Bank 銀行 <input type="checkbox"/> Post office 郵便局	銀行名 銀行名	分行名 支店名	
申請人簽名 申請者署名			
<input type="checkbox"/> 退費申請書 (返金申請書) <input type="checkbox"/> 繳費證明(收據)正本 (支払証明書(領收書)の正本) <input type="checkbox"/> 護照或居留證影本 (パスポートあるいは居住許可証のコピー) <input type="checkbox"/> 存摺封面影本 (通帳の表紙のコピー)			
華語文中心簽章 中国語センター署名			

※ The refund policy abides by the law released by Ministry of Education.