



Aide 1 和 Assistant 1 提供者之急救/心肺復甦訓練退款

日期：_____

提供者名稱：_____

計劃執照號：_____

職務名稱：_____

一般 ID 號：SSN 或 TIN 號最後 5 位數——完整的出生日期(年/月/日)

付款街道地址：_____

城市、州、郵政編碼：_____

電話：_____

注意：若提交的發票出現數據和/或簽名缺失等情況，將直至收到完整的表單才撥款。付款需提交西奧勒岡大學(WOU)的 W-9 替代表單。該發票必須附有一份完整的訓練畢業證書副本和原始收據。

認證中心處工作的職員，只有在職稱為 Aide 1 時，才具有退款資格。在家庭式兒童保育處工作的職員，只有在其職稱為 Assistant 1 時才符合資格。職稱必須與兒童保育局的檔案相符。

學員簽名：_____ 日期：_____

是否已附上下列文件：

- 訓練畢業證書
- 原始收據
- WOU W-9 替代表

填妥表格，請寄至：

Western Oregon University
TRI/Central Coordination of CCR&R
345 Monmouth Ave N.
Monmouth, Oregon 97361

僅用於商務辦公：
指數：TRI 253
帳戶代碼：24998

電話：800.342.6712