

## ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....  
รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1).....41100000601.....  
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

หัวข้อเรื่อง	จำนวนเงิน (บาท)
การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “Clinical Research : Research Methodology & Data Analysis” ระหว่างวันที่ 21 – 25 มีนาคม 2559 <input type="radio"/> บุคลากรทั่วไป 12,000 บาท <input type="radio"/> นักศึกษา 9,600 บาท	
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words :	

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท \*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

## ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....  
รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1) .....41100000601.....  
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

<input type="checkbox"/> เช็ค/Cheque	ชื่อธนาคาร-สาขา/ Bank-Branch	หมายเลขเช็ค/ Cheque No.	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words		

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท \*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์