

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามาศิขิต

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



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



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1).....411000000652.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

หัวข้อเรื่อง

จำนวนเงิน (บาท)

การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “The essential in pediatric respiratory care (หลักสูตร 15 วัน)”

20,000

ระยะที่ 1 ภาคทฤษฎี 3.5 วัน ระหว่างวันที่ 15 – 18 สิงหาคม 2559

ระยะที่ 2 ภาคปฏิบัติ (Workshop) 1.5 วัน ระหว่างวันที่ 18 – 19 สิงหาคม 2558

ระยะที่ 3 ภาคปฏิบัติจริงในคลินิก 10 วัน

รุ่นที่ 1 วันที่ 22 ส.ค. – 2 ก.ย. 59

รุ่นที่ 2 วันที่ 5 - 16 ก.ย. 59

รุ่นที่ 3 วันที่ 19 - 30 ก.ย. 59

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words : สองหมื่นบาทถ้วน

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

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

*กรุณาส่งสำเนาการชำระเงินมาที่โทรสาร. 02-201-2607

หรือส่งทาง E-mail : academic.rama@gmail.com

ส่วนที่ 2 : สำหรับธนาคาร

(โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน)

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามาศิขิต

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



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



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1)411000000652.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

เช็ค/Cheque

เงินสด / Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา/ Bank-Branch	หมายเลขเช็ค/ Cheque No.	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words		

ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone.....

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์