

## 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).....41100000633.....  
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

### หัวข้อเรื่อง

การอบรมระยะสั้น “หลักสูตรนิติเวชศาสตร์และกฎหมายทางการแพทย์สำหรับภูมิภาค ประจำปี 2559”  
ระหว่างวันที่ 2 – 4 พฤษภาคม 2559

### อัตราค่าลงทะเบียน

ภายในวันที่ 12 เมษายน 2559      คนละ 2,500 บาท       หลังวันที่ 12 เมษายน 2559      คนละ 3,000 บาท

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words :

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

## 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) .....41100000633.....  
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

- เช็ค/Cheque  
 เงินสด / Cash

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

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

หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท      \*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์