

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).....41100000623.....

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

หัวข้อเรื่อง

จำนวนเงิน (บาท)

อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้านแบบครบวงจร”

ระหว่างวันที่ 17 - 19 พฤษภาคม 2559

อัตราค่าลงทะเบียน

ก่อนวันศุกร์ที่ 1 เมษายน 2559 3,500 บาท

หลังวันศุกร์ที่ 1 เมษายน 2559 4,000 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

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)41100000623.....

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