

## 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).....41100000637.....  
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

### หัวข้อเรื่อง

การอบรมระยะสั้น “Recent Advanced In Neonatal And Pediatric Critical Care”

ระหว่างวันที่ 25 – 29 เมษายน 2559

### อัตราค่าลงทะเบียน

ก่อนวันที่ 31 มีนาคม 2559      คนละ 5,000 บาท       หลังวันที่ 31 มีนาคม 2559      คนละ 5,500 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)

## 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) .....41100000637.....  
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