สำหรับลูกค้า

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่อยู่ 63 หมู่ 7 ตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

โทร. 02-6495000 ต่อ 21800 , 21821

ใบแจ้งชำระค่าลงทะเบียนการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 29

สาขา/Branch _____ วันที่(Date) กรกฎาคม 2561

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (Name) _____

ลำดับที่ของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา (Ref.1) 6 1 2 9

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (Ref.2)

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
เลขที่บัญชี: 283-3-00042-5 Bill payment (20)
ชื่อบัญชี: คณะพยาบาลศาสตร์ (โครงการบริการวิชาการ)

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม	30,000.00 บาท
รวมเงิน	**30,000.00 บาท**
	สามหมื่นบาทถ้วน

*** ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน 20 บาท (สำหรับธนาคาร)**

หมายเหตุ: 1.สามารถชำระได้ที่เคาร์เตอร์สาขา ตู้ ATM และ Easynet.com ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ เท่านั้น
2.กำหนดชำระเงิน ในวันที่ 10 -26 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 และโปรดชำระตามยอดเงินที่ระบุ เท่านั้น

ผู้นำฝาก	
โทรศัพท์	

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร	
ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบอำนาจ	

สำหรับธนาคาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่อยู่ 63 หมู่ 7 ตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

โทร. 02-6495000 ต่อ 21800 , 21821

ใบแจ้งชำระค่าลงทะเบียนการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 29

สาขา/Branch _____ วันที่(Date) กรกฎาคม 2561

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (Name) _____

ลำดับที่ของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา (Ref.1) 6 1 2 9

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (Ref.2)

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)
เลขที่บัญชี: 283-3-00042-5 Bill payment (20) **ชื่อบัญชี: คณะพยาบาลศาสตร์ (โครงการบริการวิชาการ)**

เงินสด เช็ค	**จำนวนเงิน/Amount**	30,000.00	**บาท(Baht)**
ชื่อธนาคาร-สาขา (Bank-Branch)	**หมายเลขเช็ค (Cheque No.)**	**จำนวนเงิน/Amount**	
		30,000.00	
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Word	สามหมื่นบาทถ้วน		

สามารถชำระได้ที่เคาร์เตอร์สาขา ตู้ ATM และ Easynet.com ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ เท่านั้น

ผู้นำฝาก	
โทรศัพท์	

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร	
ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบอำนาจ	