



แบบฟอร์มการชำระเงินค่าลงทะเบียน

ส่วนที่ 1 แบบฟอร์มการชำระเงิน (สำหรับผู้เข้าอบรม)


โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ

..เรื่อง Assessment and Intervention in the Stuttering

ระหว่างวันที่ 26-27 เมษายน 2564

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร.....

หมายเลขโทรศัพท์/มือถือ.....

		จำนวนเงิน (บาท)
	โอนเงินเพื่อเข้าบัญชี “ม.มหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี” ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-2-112229 บุคลากรภายนอกคณะฯ คนละ 2,500.-บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)	

*ผู้ฝาก/ชำระเงิน เป็นผู้เสียค่าธรรมเนียมการโอนใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ประสงค์จะให้ออกหลักฐานการชำระเงิน โดยที่สามารถเบิกเงินกับต้นสังกัดได้ (ควรตรวจสอบกับต้นสังกัดให้ชัดเจน)

ใบเสร็จรับเงินออกในนาม/ได้รับเงินจาก :.....

ที่อยู่ :.....

.....

หมายเหตุ กรุณาดำเนินการดังนี้

กรุณาระบุข้อมูลการออกใบเสร็จรับเงินและแนบสำเนา Pay in slip ที่ชัดเจนและส่งให้กับเจ้าหน้าที่ ได้ที่ E-mail :

jb5_rama@yahoo.com, apisara.sua@mahidol.ac.th เพื่อตรวจสอบและดำเนินการส่งให้กับการเงินของคุณคณะฯ

และจัดเตรียมการออกใบเสร็จรับเงิน

- 1) ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนในทุกกรณี และไม่รับชำระเป็นเช็คธนาคาร/ส่วนตัว และบัตรเครดิต
- 2) ติดต่อสอบถามชำระเงินได้ที่ คุณอภิสร่า สรวงศิริ โทร. 02-201-2208, 02-201-2425

ส่วนที่ 2 สำหรับแนบ Pay in slip