



แบบฟอร์มการชำระเงินค่าลงทะเบียน  
School of Hospital Management

หลักสูตร : “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 53 (CEO53) ประจำปี 2567

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร : .....

โทรศัพท์มือถือ : .....

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประสานงาน : .....

โทรศัพท์มือถือ : .....

ค่าลงทะเบียนการอบรม หลักสูตร “การบริหารโรงพยาบาล” รุ่นที่ 53 (CEO53) ประจำปี 2567

			จำนวนเงิน (บาท)
โอนเงินเพื่อเข้าบัญชี	มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี		125,000
	ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-2-11222-9		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)	(หนึ่งแสนสองหมื่นห้าพันบาทถ้วน)	รวมเงิน	125,000

\*ผู้ฝาก/ชำระเงินเป็นผู้เสียค่าธรรมเนียมการโอนใดๆ ทั้งสิ้นเอง

(ลงชื่อ) ..... ผู้นำส่ง/ผู้สมัคร

กรุณาตรวจสอบกับต้นสังกัด เพื่อให้ฝ่ายการคลังคณะฯ ออกใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียน โดยที่สามารถเบิกเงินกับต้นสังกัดได้

ใบเสร็จรับเงินออกในนาม : ชื่อ-นามสกุล : \_\_\_\_\_

ที่อยู่ : \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : กรุณาดำเนินการดังนี้ (ชำระเงินค่าลงทะเบียน ตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อ ถึงวันที่ 17 พฤษภาคม 2567)

- 1) สแกนเอกสารนี้ พร้อมกับติดใบ Pay-in slip ในส่วนที่ 2 ส่งมายัง โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล  
Email: witit.rua@mahidol.ac.th / cc: supapan.sup@mahidol.ac.th  
เพื่อตรวจสอบข้อมูล และฝ่ายการคลังจะดำเนินการออกใบเสร็จรับเงินให้กับท่านต่อไป  
**(กรุณาแจ้งทางโรงเรียนล่วงหน้า 2-3 วัน หากมีความประสงค์วันที่ออกใบเสร็จรับเงินวันเดียวกับวันที่ท่านชำระเงินค่าลงทะเบียน)**
- 2) ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนในทุกกรณี และไม่รับชำระเงินค่าลงทะเบียนเป็นเช็คธนาคาร/ส่วนตัว และบัตรเครดิต
- 3) ติดต่อสอบถามการชำระเงินได้ที่ นายวิฑิต ร่วมเงิน โทร. 02-201-0828 / นางสาวอัญญา จันทรวิจิตร โทร. 02-201-1547
- 4) ท่านสามารถรับใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียน ในวันเปิดการอบรม