



แบบฟอร์มการชำระเงินค่าลงทะเบียน
School of Hospital Management

หลักสูตร : ผู้บริหารระดับต้น รุ่นที่ 7

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร :

หมายเลขโทรศัพท์/มือถือ :

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประสานงาน :

หมายเลขโทรศัพท์/มือถือ :

ค่าลงทะเบียนการอบรมหลักสูตร “ผู้บริหารระดับต้น” รุ่นที่ 7

			จำนวนเงิน (บาท)
โอนเงินเพื่อเข้าบัญชี	มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-2-11222-9		35,000
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)	(สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน)	รวมเงิน	35,000

*ผู้ฝาก/ชำระเงินเป็นผู้เสียค่าธรรมเนียมการโอนใดๆ ทั้งสิ้นเอง

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร/ผู้นำส่ง
(.....)

กรุณาตรวจสอบกับต้นสังกัด เพื่อให้ฝ่ายการคลังคณะฯออกหลักฐานการรับชำระเงิน โดยที่สามารถเบิกเงินกับต้นสังกัดได้

ใบเสร็จรับเงินออกในนาม : ชื่อ-นามสกุล : _____
ที่อยู่ : _____

หมายเหตุ : กรุณาดำเนินการดังนี้ (ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2563)

- 1) สแกนเอกสารนี้ พร้อมกับติดใบ Pay-in slip ในส่วนที่ 2 ส่งมายัง งานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล
Email: phachisa.pha@mahidol.ac.th เพื่อตรวจสอบและดำเนินการออกใบเสร็จรับเงินให้กับท่านโดยฝ่ายการคลังคณะฯ
(กรุณาแจ้งทางโรงเรียนฯล่วงหน้า 2 วัน หากต้องการวันที่ออกใบเสร็จรับเงินวันเดียวกับวันที่ท่านชำระเงินค่าลงทะเบียน)
- 2) ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนในทุกกรณี และไม่รับชำระเงินค่าลงทะเบียนเป็นเช็คธนาคาร/ส่วนตัว และบัตรเครดิต
- 3) ติดต่อสอบถามการชำระเงินได้ที่ นางสาวกชิสรา ภัทรคติยะกุล โทร. 02-201-0828