

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามาศิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาศิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1).....41100000391.....

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

หัวข้อเรื่อง

จำนวนเงิน (บาท)

การประชุมวิชาการเรื่อง “Ramathibodi Cleft-craniofacial forum ครั้งที่ 3”

อัตราค่าลงทะเบียน

แพทย์และทันตแพทย์ ท่านละ 2,000 บาท

แพทย์ประจำบ้าน, พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ท่านละ 1,200 บาท

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words :

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท *กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามาศิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาศิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1)41100000391.....

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