



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-28-6430-3

ค่าลงทะเบียนอบรม / ประชุมวิชาการ

ส่วนสำหรับผู้สมัคร
 (โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน)

ใบแจ้งยอดการชำระเงิน

วันที่.....

ชื่อ-สกุล (ผู้สมัคร) นาย / นาง / นางสาว

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน / บาท	
1	ค่าลงทะเบียนโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รุ่นที่ 9 REF.1 : 03641 REF.2 : 00000	45,000	บาท
รวม (ตัวอักษร) - สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน -			

หมายเหตุ สำหรับผู้สมัคร : ชำระเงินภายในวันที่ 16 กรกฎาคม 2564

(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร)

ผู้สมัครสามารถนำใบแจ้งยอดการชำระเงินฉบับนี้ ไปชำระเงินได้ที่

ธนาคารไทยพาณิชย์เท่านั้นทุกสาขาทั่วประเทศ

ผู้รับเงิน.....

*ค่าธรรมเนียมบริการ : กรณีชำระภายในจังหวัดสงขลา รายการละ 10 บาท

กรณีชำระนอกจังหวัดสงขลา รายการละ 30 บาท

วันที่.....

พับ-ฉีกตามรอยประ



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-286430-3

ส่วนสำหรับธนาคาร
 (โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน)*

ใบแจ้งยอดการชำระเงิน

วันที่

ชื่อ-สกุล (ผู้สมัคร) นาย / นาง / นางสาว

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) COMP CODE : 7172

REF.1 : 03641

(ม.สงขลานครินทร์) (10/30) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

REF.2 : 00000

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน / บาท		สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
1	ค่าลงทะเบียนโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รุ่นที่ 9	45,000	บาท	ผู้รับเงิน..... วันที่.....
รวม (ตัวอักษร) - สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน -				

หมายเหตุ : ผู้สมัครสามารถนำใบแจ้งยอดการชำระเงินฉบับนี้ ไปชำระเงินได้ที่ ธนาคารไทยพาณิชย์เท่านั้นทุกสาขาทั่วประเทศ

หมายเหตุ สำหรับผู้สมัคร : ชำระเงินภายในวันที่ 16 กรกฎาคม 2564

*ค่าธรรมเนียมบริการ : กรณีชำระภายในจังหวัดสงขลา รายการละ 10 บาท / กรณีชำระนอกจังหวัดสงขลา รายการละ 30 บาท

ชื่อผู้นำฝาก.....โทร.....