



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-28-6433

ค่าลงทะเบียน อบรม / ประชุมวิชาการ

ส่วนสำหรับผู้สมัคร  
 (โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน)

ใบแจ้งยอดการชำระเงิน

วันที่.....

ชื่อ-สกุล (ผู้สมัคร) นาย / นาง / นางสาว

รหัสโครงการ...0763

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน / บาท	
1	ค่าสมัครสอบ โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รุ่นที่ 9	300	บาท
รวม (ตัวอักษร) สามร้อยบาทถ้วน			

หมายเหตุ สำหรับผู้สมัคร : ชำระเงินภายในวันที่ 8 พฤษภาคม 2563

ในอัตรา 300 บาท /คน

(สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร)

ผู้สมัครสามารถนำใบแจ้งยอดการชำระเงินฉบับนี้ ไปชำระเงินได้ที่

ผู้รับเงิน.....

ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ

\*ค่าธรรมเนียมบริการ : กรณีชำระภายในจังหวัดสงขลา รายการละ 10 บาท

วันที่.....

กรณีชำระนอกจังหวัดสงขลา รายการละ 30 บาท

พับ-ฉีกตามรอยประ



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-28-6433

ส่วนสำหรับธนาคาร  
 (โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน)\*

ใบแจ้งยอดการชำระเงิน

วันที่ .....

ชื่อ-สกุล (ผู้สมัคร) นาย / นาง / นางสาว

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) COMP CODE : 7172

REF.1 : 0763

(ม.สงขลานครินทร์) (10/30) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

REF.2 : 0000

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน / บาท		สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร
1	ค่าสมัครสอบ โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รุ่นที่ 9	300	บาท	ผู้รับเงิน..... วันที่.....
รวม (ตัวอักษร) สองพันห้าร้อยบาทถ้วน				

หมายเหตุ : ผู้สมัครสามารถนำใบแจ้งยอดการชำระเงินฉบับนี้ ไปชำระเงินได้ที่ ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ

หมายเหตุ สำหรับผู้สมัคร : ชำระเงินภายในวันที่ 8 พฤษภาคม 2563

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

ชื่อผู้นำฝาก.....โทร.....