

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ใบแจ้งการชำระค่าใช้จ่ายในการอบรม โครงการประชุมอบรมหลักสูตรผู้นำระบบบริการทันตกรรม

รุ่นที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ระหว่างวันที่ ๑๑ มีนาคม - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

จัดโดยกองบริหารการสาธารณสุข และ วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....นางสาววรารัตน์ ใจชื่น .....

ชื่อหน่วยงานที่สังกัด (Reference ๑) : .....กองบริหารการสาธารณสุข.....

ตำแหน่ง (Reference ๒) : .....ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....

โทรศัพท์ (Reference ๓) : .....

**การชำระเงิน**

- ชำระแบบ Bill Payment ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ (Company Code : ๙๔๑๒) สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย (ค่าธรรมเนียมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของธนาคารในการเรียกเก็บ)

\*\* ลงชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร : ..... สาขา: .....

วันที่ชำระเงิน : ..... (โปรดประทับตราสาขา)



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



Company Code : ๙๔๑๒

ค่าลงทะเบียน โครงการประชุมอบรมหลักสูตรผู้นำระบบบริการทันตกรรม รุ่นที่ ๑

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ส่วนของธนาคาร

วันที่.....

วันที่.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม : .....นางสาววรารัตน์ ใจชื่น.....

หน่วยงานที่สังกัด (Ref ๑) : .....กองบริหารการสาธารณสุข.....

ตำแหน่ง (Ref ๒) : .....ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....

โทรศัพท์ สามารถติดต่อได้ (Ref ๓) : .....

ประเภทการชำระ	รายละเอียด	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) Please write amount in words	๒๔,๐๐๐.-

ลงชื่อผู้ชำระเงิน.....