**สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**ใบแจ้งการชำระค่าใช้จ่ายในการอบรม โครงการประชุมอบรมหลักสูตรผู้นำระบบบริการทันตกรรม รุ่นที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗**

**ระหว่างวันที่ 11 มีนาคม – 31 พฤษภาคม ๒๕๖7**

**จัดโดยกองบริหารการสาธารณสุข และ วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข**

**ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม ………………….................................................................................................................**

**ชื่อหน่วยงานที่สังกัด (Reference 1) : ….......................................................................................................**

**ตำแหน่ง (Reference 2) : …………........................................................................................................................**

**โทรศัพท์ (Reference 3) : …………….……………………………………....................................................................**

**การชำระเงิน**

ชำระแบบ Bill Payment ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ (Company Code : 9412) สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย





(ค่าธรรมเนียมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของธนาคารในการเรียกเก็บ)

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

 **วันที่ชำระเงิน : ………………………………………………… (โปรดประทับตราสาขา)**

**✄**

**แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย ส่วนของธนาคาร**

** Company Code : 9412 วันที่.............................................**

**ค่าลงทะเบียน โครงการประชุมอบรมหลักสูตรผู้นำระบบบริการทันตกรรม รุ่นที่ 1**

**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖7 วันที่................................................**

กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม : ...........................................................................................................................................................**

**หน่วยงานที่สังกัด (Ref 1) : ...................................................................................................................................................**

**ตำแหน่ง (Ref 2) : .........................................................................................................................…………………………………..…….**

**โทรศัพท์ สามารถติดต่อได้ (Ref 3) : ................................................................................................................……………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ประเภทการชำระ** | **รายละเอียด** | **จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)** |
|  **เงินสด / Cash** | **โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน)****Please write amount in words** |  **24,๐๐๐.-** |

 ลงชื่อผู้ชำระเงิน**..................................................**