(สำหรับนักศึกษา)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ใบแจ้งการชำระเงิน ค่าบำรุงการศึกษาและค่าเล่าเรียน การรับตรงอิสระ ปีการศึกษา 2562

วันที่ .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา.....

หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข **สถานศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี**

ที่	รายการ		จำนวนเงิน
1	ค่าบำรุงการศึกษาและค่าเล่าเรียน		14,200.00
2	ค่าใช้จ่ายอื่นๆนอกเหนือจากประกาศ ให้ติดต่อและชำระ ณ วิทยาลัยที่เป็นสถานศึกษา		
	หนึ่งหมื่นสี่พันสองร้อยบาทถ้วน	**รวม Total**	**14,200.00**

กำหนดชำระเงินที่ธนาคาร : 30 - 31 กรกฎาคม 2562

- โปรดตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง พร้อมนำเงินสดไปติดต่อชำระเงินตามรายชื่อธนาคารด้านล่างทุกสาขาทั่วประเทศ การทำรายการจะสมบูรณ์เมื่อทางธนาคารยืนยันการชำระเงินและได้รับเงินครบถ้วนตามจำนวนเงินที่ระบุ และมีเจ้าหน้าที่ธนาคารลงลายมือและประทับตรากำกับเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี 207-6-07039-7 COMCODE : 8254

ผู้รับเงิน.....

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

(ลงลายมือชื่อและประทับตรา)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี (สำหรับธนาคาร)

ใบชำระเงินผ่านธนาคาร

<u>โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมธนาคารจากผู้ชำระเงินแยกต่างหาก</u>

ชื่อธนาคาร ธนาคารกรุงไทย สาขาชลบุรี

เลขที่บัญชี 207-6-07039-7 COMCODE : 8254

ยอดเงินที่ต้องชำระ 14,200.00 บาท

(.....หนึ่งหมื่นสี่พันสองร้อยบาทถ้วน.....)

(ยอดเงินเป็นตัวอักษร)

วันที่ .....

ชื่อ-สกุลผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

โทรศัพท์ .....

หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข

สถานศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

.....

ผู้รับเงิน/รับมอบอำนาจ