



สำหรับหลักสูตรปริญญาตรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ใบแจ้งชำระเงินค่าบำรุงการศึกษาและค่าเล่าเรียน หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์,
การแพทย์แผนไทยบัณฑิต และสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ระบบคัดตรงจากพื้นที่ ประจำปีการศึกษา 2559

เลขประจำตัวประชาชน.....

ชื่อ-นามสกุล.....

สถานศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ที่	รายการ	จำนวนเงิน
1	ค่าบำรุงการศึกษาและค่าเล่าเรียน (ไม่รวมค่าธรรมเนียมการโอนเงินของธนาคาร)	10,400.00
(เงินหนึ่งหมื่นสี่ร้อยบาทถ้วน)		รวม Total 10,400.00
กำหนดชำระเงินที่ธนาคาร		ผู้รับเงิน _____ วันที่ _____ สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร (ลงลายมือชื่อและตราประทับ)
โปรดนำเงินสดไปติดต่อชำระเงินตามรายชื่อธนาคารด้านล่างทุกสาขาทั่วประเทศ การชำระเงินจะสมบูรณ์เมื่อทางธนาคารยืนยันการชำระเงินครบถ้วนตามจำนวนเงินที่ระบุ และมีเจ้าหน้าที่ธนาคารลงลายมือและประทับตรากากับเรียบร้อยแล้วเท่านั้น		
ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ชื่อบัญชี วสส.ยะลา เงินบำรุงการศึกษา เลขที่บัญชี 909-6-04535-1 COMCODE: 8353		

พับ - ฉีกตามรอยปะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา		(สำหรับธนาคาร)
เพื่อประโยชน์ของผู้สมัครโปรดแจ้งเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้		ใบแจ้งชำระเงินเพื่อนำเข้าบัญชี
โทร./มือถือ		Payment of Applicant Account
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมธนาคารจากผู้ชำระเงินแยกต่างหาก		
ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ชื่อบัญชี วสส.ยะลา เงินบำรุงการศึกษา เลขที่บัญชี 909-6-04535-1 COMCODE: 8353	ชื่อ-สกุล Name เลขที่ใบสมัคร - Appli.no (Ref.no1) เลขที่บัตรประชาชน Ref.no (Ref.no2) สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร (Bank Use Only) ผู้รับเงิน (Received By) ผู้รับมอบอำนาจ (Authorized By)	
จำนวนเงิน 10,400.00 บาท (เงินหนึ่งหมื่นสี่ร้อยบาทถ้วน) ไม่รวมค่าธรรมเนียมธนาคาร		
กำหนดชำระเงินที่ธนาคาร ภายในวันที่ 8-11 ธันวาคม 2558 เท่านั้น หากพ้นกำหนดนี้ แล้วจะไม่มีสิทธิในการสมัคร ห้ามแก้ไขจำนวนเงิน ไม่ว่าในกรณีใดๆ ทั้งสิ้น		