



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ใบแจ้งการชำระเงิน

(1) Company Code :

วันที่/Date.....

(2) ชื่อผู้ชำระเงิน :

(3) อ้างอิง (Ref 1) : เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/เลขประจำตัวประชาชน:

(4) อ้างอิง (Ref 2) : (หมายเลขโทรศัพท์)

(5) ประเภทรายได้ : (2) 6798 ค่าลงทะเบียนอบรม หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 4

<input type="checkbox"/> เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
<input type="checkbox"/> โอน		
<input type="checkbox"/> เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
จำนวนเงิน	ตัวอักษร (Amount in letter)	ตัวเลข (Amount in digit)
บาท (Bath)	(ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน)	55,000

ผู้นำฝาก.....เบอร์โทรศัพท์.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....

(ส่วนของธนาคาร)



ใบแจ้งการชำระเงิน

Company Code :

วันที่/Date.....

ชื่อผู้ชำระเงิน :

อ้างอิง (Ref 1) : เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/เลขประจำตัวประชาชน:

อ้างอิง (Ref 2) : (หมายเลขโทรศัพท์)

(1) ประเภทรายได้ : (2) 6798 ค่าลงทะเบียนอบรม หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 4

<input type="checkbox"/> เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
<input type="checkbox"/> โอน		
<input type="checkbox"/> เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
จำนวนเงิน	ตัวอักษร (Amount in letter)	ตัวเลข (Amount in digit)
บาท (Bath)	(ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน)	55,000

ผู้นำฝาก.....เบอร์โทรศัพท์.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....