(ส่วนของผู้ชำระเงิน)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ใบแจ้งการชำระเงิน

(1) Company Code : 7 0 1 2 0 2 วันที่/Date.....

(2) ชื่อผู้ชำระเงิน : .....

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

(4) อ้างอิง (Ref 2) : 0 1 0 6 7 9 8 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (หมายเลขโทรศัพท์)

(5) ประเภทรายได้ :(2) 6798 ค่าสมัครหลักสูตร **การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่น 5**

☐ เงินสด ☐ โอน ☐ เช็ค/แคชเชียร์เช็ค	**ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)**	**เลขที่เช็ค (Cheque No.)**
จำนวนเงิน	**ตัวอักษร (Amount in letter)**	**ตัวเลข (Amount in digit)**
บาท (Bath)	(สองร้อยบาทถ้วน)	200

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

(ส่วนของธนาคาร)

ใบแจ้งการชำระเงิน

Company Code : 7 0 1 2 0 2 วันที่/Date.....

ชื่อผู้ชำระเงิน : .....

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

อ้างอิง (Ref 2) : 0 1 0 6 7 9 8 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (หมายเลขโทรศัพท์)

ประเภทรายได้ : (2) 6798 ค่าสมัครหลักสูตร **การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่น 5**

☐ เงินสด ☐ โอน ☐ เช็ค/แคชเชียร์เช็ค	**ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)**	**เลขที่เช็ค (Cheque No.)**
จำนวนเงิน	**ตัวอักษร (Amount in letter)**	**ตัวเลข (Amount in digit)**
บาท (Bath)	(สองร้อยบาทถ้วน)	200

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