



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

(ส่วนของผู้ชำระเงิน)

ใบแจ้งการชำระเงิน

(1) Company Code :  วันที่/Date.....

(2) ชื่อผู้ชำระเงิน : .....

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

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

(5) ประเภทรายได้ : (2) 6798 ค่าลงทะเบียนหลักสูตร...หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข(60 ชม.)

<input type="checkbox"/> เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
<input type="checkbox"/> โอน		
<input type="checkbox"/> เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
<b>จำนวนเงิน</b>	<b>ตัวอักษร (Amount in letter)</b>	<b>ตัวเลข (Amount in digit)</b>
บาท (Bath)	(ห้าพันบาทถ้วน)	5,000

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

(ส่วนของธนาคาร)



ใบแจ้งการชำระเงิน

Company Code :  วันที่/Date.....

ชื่อผู้ชำระเงิน : .....

อ้างอิง (Ref 1) :เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/เลขประจำตัวประชาชน:

อ้างอิง (Ref 2) :  (หมายเลขโทรศัพท์)

ประเภทรายได้ : (2) 6798 ค่าลงทะเบียนหลักสูตร...หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข(60 ชม.)

<input type="checkbox"/> เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
<input type="checkbox"/> โอน		
<input type="checkbox"/> เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
<b>จำนวนเงิน</b>	<b>ตัวอักษร (Amount in letter)</b>	<b>ตัวเลข (Amount in digit)</b>
บาท (Bath)	(ห้าพันบาทถ้วน)	5,000

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