



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

(ส่วนของผู้ชำระเงิน)

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 ค่าลงทะเบียน หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข (60 ชม.)

☐ เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
☐ โอน		
☐ เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
จำนวนเงิน	ตัวอักษร (Amount in letter)	ตัวเลข (Amount in digit)
บาท (Bath)	(ห้าพันบาทถ้วน)	5,000

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 ค่าลงทะเบียน หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข (60 ชม.)

☐ เงินสด	ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch)	เลขที่เช็ค (Cheque No.)
☐ โอน		
☐ เช็ค/แคชเชียร์เช็ค		
จำนวนเงิน	ตัวอักษร (Amount in letter)	ตัวเลข (Amount in digit)
บาท (Bath)	(ห้าพันบาทถ้วน)	5,000

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