

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch..... วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name:.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1):411000000779

เบอร์มือถือ/Mobile No (Ref.2):.....

หัวข้อเรื่อง	จำนวนเงิน (บาท)
International Skeletal Society - Regional Outreach Program - Workshop	5000
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words : ห้าพันบาทถ้วน	

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by..... โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท \* กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการประชุมอย่างน้อย 2 สัปดาห์  
กรุณาแจ้งการชำระเงินผ่านทางเว็บไซต์ <http://www.acmrrama.com/> หรือทางอีเมล Academic.Rama@gmail.com หรือแฟกซ์ 02-201-2607

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch..... วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

เช็ค/Cheque  เงินสด/Cash

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name:.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1):411000000779

เบอร์มือถือ/Mobile No (Ref.2):.....

ชื่อธนาคาร-สาขา/Bank-Branch	หมายเลขเช็ค/Cheque No.	จำนวนเงิน (บาท) /Amount (Baht)
		5000
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words		ห้าพันบาทถ้วน

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by..... โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท \* กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการประชุมอย่างน้อย 2 สัปดาห์  
กรุณาแจ้งการชำระเงินทาง <http://www.acmrrama.com/> หรือทางอีเมล Academic.Rama@gmail.com หรือแฟกซ์ 02-201-2607