



## ใบนำฝากเงิน / ลงทะเบียนขอบรม

\*\*โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ของท่าน\*\*

สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เลขที่ 123 หมู่ 16 อาคารพิมลกลกิจ ชั้น 5

ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์. 0-4334-8983 ต่อ 103 , โทรสาร. 0-4336-2238

ชื่อ-สกุล

.....

เบอร์โทรศัพท์

.....

CUST.NO. (เลขที่บัตรประชาชน)

REF.NO. (รหัสหลักสูตร)

รายการ	จำนวนเงิน
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6012 หลักสูตร "เพิ่มศักยภาพด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการบริหารจัดการในภาวะวิกฤต" รุ่นที่ 4	6,000
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6013 หลักสูตร "การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : Focus Charting" รุ่นที่ 6	4,000
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6014 หลักสูตร "กลยุทธ์การนิเทศทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิภาพ" รุ่นที่ 21	4,000
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6015 หลักสูตร "การพยาบาลในภาวะวิกฤตและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง" รุ่นที่ 8	6,000
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6016 หลักสูตร "การพัฒนาการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในคลินิก" รุ่นที่ 2	4,000
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6017 หลักสูตร "Lean Management การปรับเปลี่ยนเพื่อคุณภาพการพยาบาล (TCAB)" รุ่นที่ 2	4,000
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6018 หลักสูตร "การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล : Focus Charting" รุ่นที่ 7	4,000
<input type="radio"/> รหัสหลักสูตร 6019 หลักสูตร "สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลด้าน Clinical Supervision" รุ่นที่ 3	4,000
<b>(จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร)</b>	<b>รวม</b>

กำหนดชำระเงิน ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ - 15 พฤษภาคม 2560

ได้ชำระเงินตามจำนวนข้างต้นเรียบร้อยแล้ว

\*\* ค่าธรรมเนียมผ่านธนาคาร (15 บาท ทั่วประเทศ )

(เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้เป็นหลักฐานการชำระเงินและเข้ารับการอบรม)

ผู้รับเงิน (ประทับตราธนาคาร)

วันที่.....

(ส่วนนี้สำหรับธนาคาร)

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

\*\*\*เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำสลิปฉบับนี้ไปชำระเงินได้ที่ บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขาทั่วประเทศ\*\*\*



เพื่อเข้าบัญชี "ศูนย์บริการวิชาการ"

โทรศัพท์. 0-4334-8983 ต่อ 103 , โทรสาร. 0-4336-2238

ใบแจ้งการชำระเงินเพื่อนำเข้าบัญชี

วันที่...../...../.....



บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่ 551-3-01349-5 (Bill Payment)(15/15)

\*\*รับเฉพาะเงินสด\*\*

สาขาผู้รับฝาก .....

ชื่อ-สกุล:.....

เบอร์โทรศัพท์.....

CUST.NO. (เลขที่บัตรประชาชน)

REF.NO. (รหัสหลักสูตร)

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

จำนวนเงินเป็นตัวเลข

บาท

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร

ผู้รับเงิน

ผู้รับมอบอำนาจ

เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำสลิปฉบับนี้ไปชำระเงินได้ที่ บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขาทั่วประเทศ