



ที่ สธ ๐๓๑๓/ว ๑๒๕๒๐

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์  
๓๑๒ ถนนราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติเคราะห์ประชาสัมพันธ์และเรียนเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/คณะแพทยศาสตร์/คณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดหลักสูตรการฝึกอบรม จำนวน ๑ ชุด  
๒. ใบชำระค่าลงทะเบียน จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดจัดอบรมประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำความรู้ และประสบการณ์จากการอบรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถถ่ายทอดเทคโนโลยีเฉพาะทางโรคทางระบบประสาทให้บุคลากรในหน่วยงานและชุมชนได้

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยา ขออนุมัติเคราะห์ประชาสัมพันธ์ และเรียนเชิญส่งบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมโครงการอบรมดังกล่าว โดยมีค่าลงทะเบียนรายละเอียดตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ซึ่งผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้จากต้นสังกัด และเข้าร่วมการอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนิษฐ์ เวชชาภินันท์)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

กลุ่มงานถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๔๘๔๔ ต่อ ๒๑๗๖

กรุณากรอกข้อมูลในช่องสีฟ้า (ข้อ 1 - 7 )

1. Product Code

2. โครงการ

3. ชื่อ - นามสกุลผู้เข้าอบรม

4. วันที่ชำระเงิน

5. Ref No.1 เลขประจำตัวประชาชน

6. Ref No.2 เบอร์โทรติดต่อ

7. จำนวนเงินที่ชำระ

สถาบันประสาทวิทยา

ใบแจ้งการชำระเงินค่าลงทะเบียนอบรม

Product Code :

โครงการ

ชื่อ - นามสกุล ผู้เข้าอบรม

วันที่ชำระเงิน

Reference No.1 โปรดระบุเลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reference No.2 โปรดระบุเบอร์โทรติดต่อ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

จำนวนเงินที่ต้องชำระ

จำนวนเงินที่ต้องชำระ (ตัวอักษร)

**ข้อปฏิบัติและเงื่อนไขในการชำระเงินค่าอบรม**

1. ผู้เข้าอบรมกรอกรายละเอียดใบแจ้งการชำระเงินให้ครบถ้วน (1 ใบแจ้งการชำระเงิน ต่อ 1 โครงการ)
2. ผู้เข้าอบรมนำใบแจ้งการชำระเงินไปติดต่อชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขา ทั่วประเทศทางช่องทางเคาน์เตอร์ (รับชำระเฉพาะเงินสด) หรือชำระด้วยตนเองผ่านเครื่อง ATM ธนาคารกรุงไทย และ KTB Online (Internet)
3. ผู้ชำระเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมในการชำระเงินค่าลงทะเบียนอบรมทางเคาน์เตอร์เป็นเงิน 25 บาท, ATM 10 บาท และ KTB Online 15 บาท ต่อรายการ
4. กรณีมีเหตุขัดข้องไม่สามารถโอนเงินได้ ติดต่อสอบถามได้ที่ Call center สำนักงานใหญ่ ธ.กรุงไทย หมายเลข 0 2208 7799 หรือ 1551

ผู้รับเงิน

(เจ้าหน้าที่ธนาคาร)

ใบแบบฟอร์มการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย

(สำหรับธนาคาร)

Company Code :

(พนักงานธนาคารประทับตราธนาคาร และเซ็นรับส่วนบน)



ขอ - นามสกุล ผู้เข้าอบรม

วันที่ชำระเงิน

Reference No.1 โปรดระบุเลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reference No.2 โปรดระบุเบอร์โทรติดต่อ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

จำนวนเงินที่ต้องชำระ

จำนวนเงินที่ต้องชำระ (ตัวอักษร)

ผู้ชำระเงิน