



แบบตอบรับการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเสริมสร้างและพัฒนาสุขภาพนักศึกษา
และบุคลากรสถาบันการศึกษาพยาบาล และการสาธารณสุขเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อสถาบัน

วิทยาลัย

มหาวิทยาลัย

ขอตอบรับ การเข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

๑. เงินสนับสนุนจากสถาบันที่เข้าร่วมโครงการฯ

๑.๑ สถาบันฯ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ☐ ๓๕,๐๐๐ บาท

๑.๒ สถาบันฯ นอกสังกัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ☐ ๔๕,๐๐๐ บาท

๒. เงินค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนอาจารย์/บุคลากร คนละ ๑,๐๐๐ บาท และนักศึกษา คนละ ๖๕๐ บาท

๒.๑ อาจารย์ และ เจ้าหน้าที่ ที่เข้าร่วม จำนวนคน คนละ ๑,๐๐๐ บาท
รวมเป็นเงิน..... บาท (.....)

๒.๒ นักศึกษาที่เข้าร่วม จำนวนคน คนละ ๖๕๐ บาท
รวมเป็นเงิน..... บาท (.....)

สรุปรวมจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท
(.....)

*** โปรดโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา

ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลขที่ ๓๐๑-๑-๐๖๗๓๒-๕

ภายในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

หากท่านโอนเงินแล้ว กรุณาส่งหนังสือและสำเนาการโอนเงินมาที่ Fax : ๐๔๔-๒๗๐๒๒๒ ขอขอบคุณค่ะ