

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๑/ว ๕๕๙๙



สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง ค่าเข้าร่วมพิธีพระราชทานปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร ปีการศึกษา ๒๕๖๑

เรียน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาสมุดบัญชี จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบฟอร์มรายชื่อผู้สำเร็จการศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ได้ตอบรับการเป็นผู้ร่วมดำเนินการรับชำระค่าเข้าร่วมพิธีพระราชทานปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร ออกใบเสร็จ และเก็บรักษาเงินรายได้สถานศึกษา จากการรับชำระค่าเข้าร่วมพิธีพระราชทานปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑

ในการนี้ สถาบันพระบรมราชชนก พิจารณาแล้วเพื่อให้การดำเนินงานพิธีพระราชทานปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ขอให้วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทุกแห่ง เก็บเงินค่าเข้าร่วมพิธีพระราชทานปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร ปีการศึกษา ๒๕๖๑ ของผู้สำเร็จการศึกษาทุกหลักสูตร คนละ ๑,๕๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเงินค่าเข้าร่วมพิธีพระราชทานปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร ปีการศึกษา ๒๕๖๑ ไปยังวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี บัญชีธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาชลบุรี เลขที่บัญชี ๒๐๗-๑-๐๘๘๓๒-๘ ชื่อบัญชีเงินบำรุงการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ชลบุรี ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ พร้อมแนบรายชื่อผู้สำเร็จการศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และสำเนาแจ้งการโอนเงินพร้อมแนบรายชื่อผู้สำเร็จการศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ ไปยังสถาบันพระบรมราชชนก

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชาย ธรรมสารโสภณ)
รักษาการในตำแหน่งอธิการบดี
สถาบันพระบรมราชชนก

กองบริหารการคลังและพัสดุ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๖

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๑๗

สำนักงาน รหัสสาขา 207
Office

บัญชีเลขที่ 207-1-08832-8
Account No.

สาขาชลบุรี

ชื่อบัญชี
Account Name

เงินบำรุงการศึกษ วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร ชลบุรี



ธนาคารกรุงไทย
KRUNGTHAI BANK



ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

SAH 0044120

ชื่อวิทยาลัย

รายชื่อผู้สำเร็จการศึกษา ประจำปีการศึกษา 2561

หลักสูตร.....

[illegible]