

แผนการเรียนห้องเรียนพิเศษเตรียมแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ



ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 แบบชำระค่าใช้จ่ายเงินบำรุงการศึกษา

สำหรับนักเรียน

ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4/.....

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขประจำตัวนักเรียน 44444

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน
1	เงินบำรุงการศึกษา ภาคเรียนที่ 1/2568	5,900.00
2	ค่าคู่มือนักเรียน, บัตรประจำตัว, วารสารโรงเรียน, ปฐมนิเทศ	600.00
3	ค่าประกันอุบัติเหตุ	250.00
รวม	หกพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน	6,750.00

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร / เจ้าหน้าที่โรงเรียน

..... /

เจ้าหน้าที่ผู้รับเงินลงนาม พร้อมตราประทับ

คำแนะนำ

1. กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนและนำไปชำระเงินได้ที่ บมจ.ธนาคารกรุงไทยทุกสาขาทั่วประเทศ
2. กรณีมีข้อสงสัยกรุณา ติดต่อ โรงเรียนวัดโนทัยพายัพ โทร. 062-2925050
3. หากนักเรียนสละสิทธิ์ โรงเรียนจะไม่คืนเงินที่ชำระตามรายการดังกล่าว
4. หากชำระเงินผ่านธนาคารให้นำสลิป (ใบสีฟ้า) มายื่นในวันที่ 10 ตุลาคม 2567
5. หากชำระเงินผ่านแอปธนาคารให้ป้อนหลักฐานการชำระเงินมาด้วย

ใช้สำหรับชำระเงินภายในวันที่ 9 ตุลาคม 2567



ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนวัดโนทัยพายัพ

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

ใบแจ้งชำระเงินที่ธนาคาร (ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงิน)

สาขาผู้รับฝาก.....วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อเข้าบัญชีโรงเรียนวัดโนทัยพายัพ



สาขาถนนสุขุมวิท

เลขที่บัญชี CODE 8360

ชื่อ - นามสกุล

เลขประจำตัวนักเรียน Ref.No.1

4 4 4 4 4

รับเฉพาะเงินสดเท่านั้น ภาคเรียนที่ 1/2568 จำนวนเงินเป็นตัวเลข

6,750.00

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (หกพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

คำแนะนำ

1. กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนและนำไปชำระเงินได้ที่ บมจ.ธนาคารกรุงไทยทุกสาขาทั่วประเทศ
2. กรณีมีข้อสงสัยกรุณา ติดต่อ โรงเรียนวัดโนทัยพายัพ โทร. 062-2925050
3. หากนักเรียนสละสิทธิ์ โรงเรียนจะไม่คืนเงินที่ชำระตามรายการดังกล่าว

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

.....

ผู้รับเงิน

** ใบเสร็จรับเงินตัวจริงจะรับได้ตั้งแต่ประกาศเปิดภาคเรียน 1/2568 **