



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

แนวทางดำเนินการด้านการเงิน

การอบรมวิชาการสรีรวิทยา-พยาธิสรีรวิทยา
ครั้งที่ 42 ประจำปี 2568

อนุกรรมการฝ่ายการเงิน

24 กุมภาพันธ์ 2568



หัวข้อที่ชี้แจง

- การขอเบิกค่าใช้จ่าย
- หลักฐานการจ่ายเงิน
- การขอสปอนเซอร์



หัวข้อที่ชี้แจง

- การขอเบิกค่าใช้จ่าย
- หลักฐานการจ่ายเงิน
- การขอสปอนเซอร์



แนวทางการขอเบิกค่าใช้จ่าย

- เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นไปตามหน้าที่ของฝ่าย ใช้สำหรับการจัดการอบรมฯ และได้รับความเห็นชอบจากฝ่าย หรือกรรมการดำเนินการจัดการอบรม
- ใช้แบบฟอร์มที่ฝ่ายการเงินกำหนด กรอกข้อมูลครบถ้วน เสนอประธานอนุกรรมการพิจารณาและลงนามเห็นชอบ ก่อนเสนอฝ่ายการเงินพิจารณา
- หากเกิดข้อสงสัยของรายการที่ขอเบิกเงิน ฝ่ายการเงินอาจขอความเห็นเพิ่มเติมจากประธานอนุกรรมการฝ่าย และการพิจารณาของประธานกรรมการจัดการอบรมถือเป็นที่สุด



แนวทางการขอเบิกค่าใช้จ่าย (ต่อ)

- ผู้ได้รับอนุมัติให้เบิกเงิน มีหน้าที่ติดตามและส่งหลักฐานการจ่ายเงินที่ถูกต้องครบถ้วนตามที่ฝ่ายการเงินกำหนด ให้ฝ่ายการเงินภายใน 3 วันหลังจากการใช้จ่ายเงิน
- หากมียอดเงินเหลือจากการใช้จ่ายเงิน ผู้ได้รับอนุมัติให้เบิกเงิน ต้องส่งคืนยอดคงเหลือให้ฝ่ายการเงิน ภายใน 3 วัน หลังใช้จ่ายเงิน โดยฝ่ายการเงินจะบันทึกข้อมูลการรับเงิน ยอดดังกล่าวคืน
- การใช้จ่ายเงินต้องตรงกันกับรายการที่ได้รับอนุมัติ หากใช้จ่ายต่างรายการ จำเป็นต้องขออนุมัติใหม่ให้ตรงตามความต้องการ หากรายการใช้จ่ายไม่ตรงกับที่ได้รับอนุมัติ ผู้ขอเบิกเงินต้องรับผิดชอบรายจ่ายดังกล่าวเอง



เลขที่เอกสาร.....

แบบฟอร์มขอเบิกค่าใช้จ่าย การจัดการอบรมสัรวิทยาและพยาธิสัรวิทยา ครั้งที่ 42 ประจำปี 2568

ข้าพเจ้า.....ฝ่าย.....มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่าย ดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน/หน่วยนับ	ค่าใช้จ่าย (บาท)	เหตุผลความจำเป็น
รวมเป็นค่าใช้จ่าย				

ลงนาม.....ผู้ขอเบิกเงิน วันที่.....

พิจารณาแล้ว ☐ เห็นควร ☐ ไม่เห็นควร

เนื่องจาก.....

ลงนาม.....ประธานอนุกรรมการฝ่าย..... วันที่.....

บันทึกการพิจารณา/อนุมัติ/ดำเนินการ (ของอนุกรรมการฝ่ายการเงิน)	
การพิจารณาอนุมัติ	การดำเนินการจ่ายเงิน
.....	
.....	
.....	
.....	
การตรวจสอบและรวบรวมหลักฐานค่าใช้จ่าย	การบันทึกข้อมูล
.....	
.....	
.....	
.....	

ลงนาม.....ฝ่ายการเงิน วันที่.....

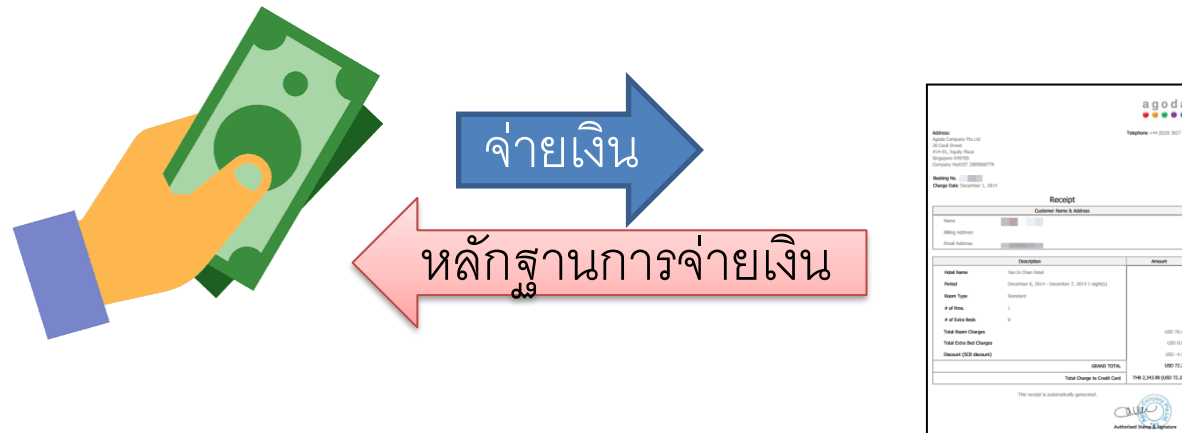


หัวข้อที่ชี้แจง

- การขอเบิกค่าใช้จ่าย
- **หลักฐานการจ่ายเงิน**
- การขอสปอนเซอร์

หลักฐานการจ่ายเงิน (ใบเสร็จรับเงิน)

ทุกครั้งที่ได้รับอนุมัติให้เป็นผู้จ่ายเงิน หรือได้รับอนุมัติให้เบิกเงินจากฝ่ายการเงินไปชำระค่าสินค้าหรือบริการใดๆแล้ว



จำเป็นต้องรับนำ หลักฐานการจ่ายเงิน คือ “ใบเสร็จรับเงิน”
มาส่งมอบให้ฝ่ายการเงิน ภายใน 3 วัน หลังการใช้จ่ายเงิน

ใบเสร็จรับเงิน ประกอบด้วย ?

ใบเสร็จรับเงินที่สมบูรณ์ ต้องประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

1. ชื่อ ที่อยู่ และ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ของผู้รับเงิน
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงว่า เป็นค่าอะไร
5. จำนวนเงิน ทั้งตัวเลขและตัวอักษร
6. ลายมือชื่อ ของผู้รับเงิน

ครบทั้ง 6 ส่วน
= “สมบูรณ์”



ใบเสร็จรับเงิน ที่สมบูรณ์

บริษัท มาร์เก็ตติ้งคอนซัลแตนท์ จำกัด 118/28 ถ.พระราม 6 แขวงพญาไท เขตพญาไท กทม. 10400 โทร. 02-273-6000 โทรสาร 02-279-9470		ต้นฉบับ ใบเสร็จรับเงิน เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105534057695 เลขที่ MCP12100122 วันที่ 10/06/2021 สาขาที่ออกใบกำกับภาษี สำนักงานใหญ่
ได้รับเงินจาก : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อยู่ : เลขที่ 2 อาคารศรีวรินทร์ ชั้น 13 ถ.วังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 โทร. 02-419-9725 โทรสาร เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000158378 สำนักงานใหญ่	1	3
2		4
5		6

ลำดับที่	ใบเสร็จรับเงินที่	จำนวนเงิน
1	MCI12100107 ผลิตภัณฑ์ Bio Cat (5 kg.) เดือน มิถุนายน 2564	4,547.50
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง (รศ.ดร.นพ.สรชัย ศรีสุเมะ) หัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา		
6		4,547.50

เงื่อนไขการชำระเงิน

1. การชำระเงินด้วยเช็ค โปรดจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม บริษัท มาร์เก็ตติ้งคอนซัลแตนท์ จำกัด
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ เมื่อผ่านการเรียกเก็บเงินเรียบร้อยแล้ว

ผู้รับเงิน

ผู้มอบสัญญา

ต้นฉบับ - ลูกค้า สิมพู - การเงิน สีขาว - สำนักแพมกลาง

1. ชื่อ ที่อยู่ และ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ของผู้รับเงิน
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงว่าเป็นค่าอะไร
5. จำนวนเงิน ทั้งตัวเลขและตัวอักษร
6. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน



มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

 บริษัท โซเซ็น เทคโนโลยี จำกัด CHOSEN TECHNOLOGY CO., LTD. สำนักงานใหญ่ : 5 ถนนกรุงเทพกรีฑา แขวงสะพานสูง เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร 10250 Head Office : 5 Krungthepkreetha Rd., Saphan Sung, Bangkok 10250 Tel. 0-2736-2122 (Auto) Fax : 0-2736-1670 http://www.chosen.co.th		(สำหรับลูกค้า) (เอกสารออกเป็นชุด)		
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0115544004438	ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน ORIGINAL RECEIPT (ไม่ใช้ใบกำกับภาษี)	เลขที่ 117856		
ชื่อลูกค้า CUSTOMER NAME ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล		วันที่ DATE 11/2/2564		
ที่อยู่ ADDRESS เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700		เงื่อนไขการชำระเงิน TERM OF PAYMENT Cash/Transfer		
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000158378		อ้างอิง Ref. No. Q21-00949		
ลำดับ ITEM	รายการ DESCRIPTION	จำนวนหน่วย QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	RK-10-PX , X-Y Positioning Arm SN: BU0709548	1	2,616.82	2,616.82
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง  (รศ.ดร.นพ.สรชัย ศรีสุขุม) หัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา				
ชำระโดย ☒ เงินสด ☐ เช็ค ธนาคาร..... สาขา..... ☐ บัตรเครดิต เลขที่..... ลงวันที่.....		รวมเงิน TOTAL		2,616.82
		จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 VAT %		183.18
สองพันแปดร้อยบาทถ้วน		จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น TOTAL AMOUNT		2,800.00
ได้รับของในสภาพเรียบร้อยตามเอกสารแล้ว RECEIVED IN GOOD CONDITION		ใบแนบ บริษัท โซเซ็น เทคโนโลยี จำกัด  ผู้รับเงิน COLLECTED วันที่ DATE 11/02/64 ผู้ส่งของ DELIVERED วันที่ DATE 11/02/64 AUTHORIZED SIGNATURE		

1. หากไม่ชำระค่าสินค้าภายในกำหนด ผู้ซื้อต้องเสียดอกเบี้ย 1.5% ต่อเดือน นับแต่วันที่เกิดนัด
 2. ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อทาง บริษัท โซเซ็น เทคโนโลยี จำกัด ได้รับชำระเงินซึ่งระบุไว้ในใบเสร็จรับเงินเรียบร้อยแล้ว

ใบเสร็จรับเงิน ที่สมบูรณ์

- ชื่อ ที่อยู่ และ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ของผู้รับเงิน
- ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
- วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
- รายการแสดงว่าเป็นค่าอะไร
- จำนวนเงิน ทั้งตัวเลขและตัวอักษร
- ลายมือชื่อของผู้รับเงิน



เล่มที่ 019 บิลเงินสด/ใบกำกับภาษี เลขที่ 0925

ธนาวัตน์ 1

สำนักงานใหญ่ : 51/1 ถนนพราณิก ศิริราช บางกอกน้อย กทม. 10700
โทร. 02-4112845
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3102000069618

2 นาม คุณอัสริทธิ์ วันที่ 16 / 10 / 63 3
ที่อยู่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล บางกอกน้อย กทม.

จำนวน	รายการ	ราคา	จำนวนเงิน	
			บาท	สต.
4 ๕๐	กาแฟซอง 4	90	360	
	ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง			
	<u>อรัญญา อธิวิเศษ</u>			
	(รศ.ดร.นพ.สรชัย ศรีสุเมธ)			
	หัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา			
	= <u>สามร้อยบาทสามสิบบาทถ้วน</u> 5			
	ราคาสินค้า		336	44
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%		23	56
	รวมเงินทั้งสิ้น		360	

ผู้รับเงิน [Signature] 6

ใบเสร็จรับเงิน ที่สมบูรณ์

1. ชื่อ ที่อยู่ และ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ของผู้รับเงิน
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงว่าเป็นค่าอะไร
5. จำนวนเงิน ทั้งตัวเลขและตัวอักษร
6. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

ประเภทของหลักฐานการจ่ายเงิน

สมบูรณ์

“ ครบทั้ง 6 ส่วน ”

1. ชื่อ ที่อยู่ และ **เลขประจำตัวผู้เสียภาษี** ของผู้รับเงิน
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงว่า เป็นค่าอะไร
5. จำนวนเงิน ทั้งตัวเลขและตัวอักษร
6. **ลายมือชื่อ** ของผู้รับเงิน

ไม่สมบูรณ์

“ ขาดส่วนใดส่วนหนึ่ง ”
ยกเว้น
ลายมือชื่อ ของผู้รับเงิน

ต้องแนบ
ใบรับรองแทน
ใบเสร็จรับเงิน



มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล



ครัวเรือน 87/3 ต.วังจันทร์ อ.แกลง จ.ระยอง ก.แฟรงค์ 86/70 โทร. 089-6925062		เล่มที่ BOOK NO. 2	เลขที่ BILL NO. 2
บิลเงินสด CASH SALE 現 兌 單 CASH SALE			
นาม 實 號 NAME ภาณุวิชญ์ ธีระกุล	วันที่ 日期 DATE 3/พ.ค. 61		
ที่อยู่ 住址 ADDRESS โรงพยาบาลศิริราช	เลขประจำตัวประชาชน IDENTIFICATION NO.		
	เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร TAX IDENTIFICATION NO.		
จำนวน QUANTITY 数量	รายการ DESCRIPTION 貨名	หน่วยละ UNIT PRICE 備註	จำนวนเงิน AMOUNT 銀額
41	ดอกกุหลาบ	150	6,150 -
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง (พศ.ดร.พญ.วิไลนา วิไลนา) หัวหน้าภาควิชาศัลยวิทยา			
บาท BAHT 錄	รวมเงิน TOTAL 共銀 6,150 -		5
ผู้รับเงิน 收 貨 人 COLLECTOR 2	6		

ใบเสร็จรับเงิน ที่ไม่สมบูรณ์

1. ชื่อ ที่อยู่ และ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ของผู้รับเงิน
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงว่าเป็นค่าอะไร
5. จำนวนเงิน ทั้งตัวเลขและตัวอักษร
6. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน



ใบเสร็จรับเงิน ที่ไม่สมบูรณ์

1. ชื่อ ที่อยู่ และ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ของผู้รับเงิน
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงว่าเป็นค่าอะไร
5. จำนวนเงิน ทั้งตัวเลข และตัวอักษร
6. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน



ใบเสร็จรับเงิน ที่ไม่สมบูรณ์

1. ชื่อ ที่อยู่ และ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ของผู้รับเงิน
2. ชื่อ ที่อยู่ ของผู้จ่ายเงิน
3. วัน เดือน ปี ที่รับเงิน
4. รายการแสดงว่าเป็นค่าอะไร
5. จำนวนเงิน ทั้งตัวเลขและตัวอักษร
6. ลายมือชื่อของผู้รับเงิน



1252563121552

1 / 1

บริษัท สุวรรณชาติ จำกัด
เลขที่ 2 อาคาร รพ.ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ชั้น B1
ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
รหัสผ่าน : 90010 - สาขาศิริราช2
เลขผู้เสียภาษีอากร : 0105543116917
สาขาที่ : 00009

เลขที่ : 90010 - 0000005773
วันที่ : 12/05/2563
เลขที่ลงทะเบียน : E030300002A0037
อ้างอิง : 0000443255 - 12/05/2563 - 001

ใบเสร็จรับเงิน / ใบกำกับภาษี

ชื่อผู้ซื้อ : ภาควิชาสรีรวิทยา
ที่อยู่ : 2 ถนนพหลโยธิน แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : -
สำนักงานใหญ่

รหัสสินค้า	รายการสินค้า	รหัสภาษี	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน	
36020212	มิกซ์นัทเคลือบ150ก.(ถุง)	07	1	115.00	115.00	V
02030410	สิ้นเปลือง-IFT	99	1.80	99.00	178.25	N
02030408	สารเคมี-IFT #18	99	1	49.00	49.00	N
430301092	นมอัลมอนด์ สูตรอ่อน สวีท เทนต P3	07	2	72.00	144.00	V
จำนวนเงินรวม					486.25	บาท
หัก ส่วนลด					5.00	บาท
หัก ส่วนลด CPN					0.00	บาท
จำนวนเงินสุทธิ					481.25	บาท

ประเภทการชำระ

ยอดชำระเงินสด

481.25 บาท

มูลค่าสินค้าที่ยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่ม 227.25
มูลค่าสินค้าที่ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%
ยอดรวมทั้งสิ้น

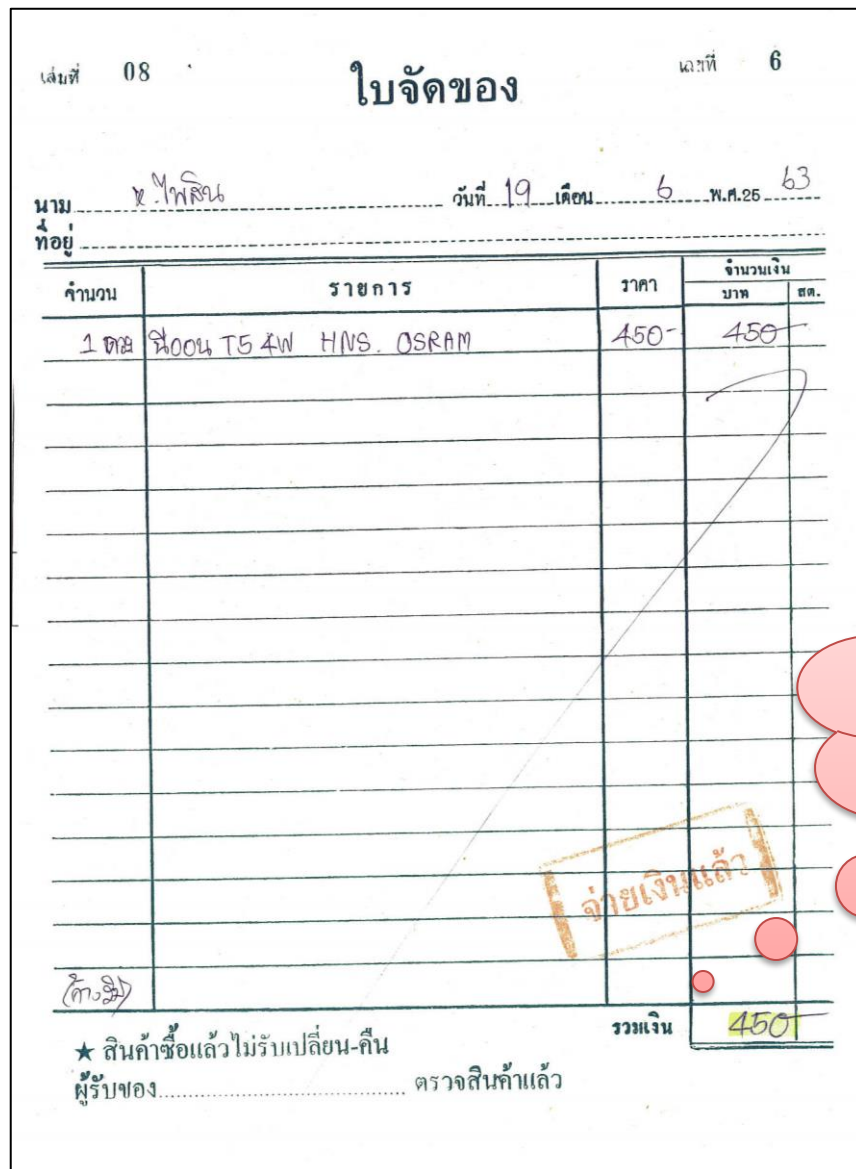
จำนวนเงินสุทธิ (ตัวอักษร) : สี่ร้อยแปดสิบเอ็ดบาทยี่สิบห้าสตางค์

หมายเหตุ : รหัสภาษี 07 ภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภพ)
รหัสภาษี 99 ยกเว้นภาษี

ผู้รับเงิน

คารกอส แซ่กุ

ไม่มีลายมือชื่อผู้รับเงิน
ไม่จัดว่าเป็นหลักฐาน
การจ่ายเงิน



ไม่มีลายมือชื่อผู้รับเงิน
ไม่จัดว่าเป็นหลักฐาน
การจ่ายเงิน



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนงาน..... 1

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
2	3	3		
	ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง			
	(.....)			
	รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (.....) 4	4		

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
 หน่วยงานที่สังกัด..... 1
 ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงิน
 ฉบับสมบูรณ์จากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 มหาวิทยาลัยมหิดลจริง

ลงชื่อ..... 5 ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 วันที่..... 2

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

- 1 ชื่อหน่วยงาน/ สังกัด
- 2 วันที่ในหลักฐานการจ่ายเงิน
- 3 รายละเอียดค่าใช้จ่าย
- 4 จำนวนเงินรวม ตัวเลข และตัวอักษร
- 5 รายละเอียดข้อมูลของผู้จ่ายเงิน และ ลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

ใบเสร็จรับเงิน ที่ไม่สมบูรณ์
 ต้องแนบ ใบรับรองแทน
 ใบเสร็จรับเงิน



ส่วนงาน ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

1

2

ข้าพเจ้า นางสาวเพ็ญศรี ผ่องชัยกุล ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สังกัดภาคการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี ขอเรียนแจ้งให้ทราบว่า ข้าพเจ้าได้ยื่นใบสมัครขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สังกัดภาคการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และได้ผ่านการคัดเลือกเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สังกัดภาคการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และได้เข้าปฏิบัติงานตามตำแหน่งหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมาตั้งแต่บัดนี้

5

ลงชื่อ.....เพ็ญศรี ฉิมอรรค.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวเพ็ญศรี พ่องษ์กุล)

วันที่ 12 มิถุนายน 2562

2

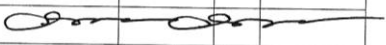
1. ชื่อหน่วยงาน/สังกัด
2. วันที่ในหลักฐานการจ่ายเงิน
3. รายละเอียดค่าใช้จ่าย
4. จำนวนเงินรวม ตัวเลขและตัวอักษร
5. รายละเอียดข้อมูลของผู้จ่ายเงิน
และลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ส่วนงาน ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

1

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
3 พฤษภาคม 2561	ค่าพวงหรีดดอกไม้สด	700	00	
	พวงละ 700 บาท จำนวน 1 พวง			
	(ร้านปัทมาภรณ์ ฟลอริส)			
	บิลเงินสด เลขที่ 2641			
	ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง			
				
	(พศ.ดร.พญ.วันทนา วณิชมน) วิชา			
	หัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา			
	รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (เช็คร้อยบาทถ้วน)	700	00	

ข้าพเจ้า นางสาวเพ็ญศรี ผ่องชัยกุล ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สังกัดภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินที่ถูกต้องและมี รายละเอียดครบถ้วนจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของมหาวิทยาลัยจริง

5

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวเพ็ญศรี ผ่องชัยกุล)

วันที่ 3 พฤษภาคม 2561

2

1. ชื่อหน่วยงาน/สังกัด
2. วันที่ในหลักฐานการจ่ายเงิน
3. รายละเอียดค่าใช้จ่าย
4. จำนวนเงินรวม ตัวเลขและตัวอักษร
5. รายละเอียดข้อมูลของผู้จ่ายเงิน และลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

สรีรวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร)				

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียก
ใบเสร็จรับเงินที่ถูกต้องและมีรายละเอียดครบถ้วนจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของ
สรีรวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย จริง

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....

ประเภทของหลักฐานการจ่ายเงิน



ลักษณะร้านค้า

ไม่สามารถออก
หลักฐานการจ่ายเงินได้



ไม่มีหลักฐานการจ่ายเงิน
ต้องจัดทำ
ใบสำคัญรับเงิน



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....ปี.....
ข้าพเจ้า.....
ที่อยู่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....
ได้รับเงินจาก..... คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลตามรายการดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
3	3	
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง		
(.....)		
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (.....) 4	4	

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน.....
(.....)
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน.....
(.....)
วันที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

- 1 วัน/เดือน/ปี ที่เกิดค่าใช้จ่าย
- 2 รายละเอียดของผู้รับเงิน*
- 3 รายละเอียดค่าใช้จ่าย และระบุปริมาณ(ตามรายละเอียดค่าใช้จ่ายใน)
- 4 จำนวนเงินรวม ตัวเลข และตัวอักษร
- 5 ลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน
- 6 ลายมือชื่อผู้รับเงิน*



ใบสำคัญรับเงิน

2

วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2562

1

ข้าพเจ้า นางสาวชนันท์ ยืนดิษฐ์ ที่อยู่ 543/65 ถนนเจริญสนิทวงศ์ แขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ได้รับเงินจาก ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าอาหารกลางวัน พร้อมเครื่องดื่ม 3	2,380	00
(ชุดละ 70 บาท จำนวน 34 ชุด)		
ค่าอาหารว่าง พร้อมเครื่องดื่ม	805	00
(ชุดละ 35 บาท จำนวน 23 ชุด)		
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง		
		
ผศ.ดร.พญ.วิวัฒนา วิวัฒนา หัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา		
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (สามพันหนึ่งร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)	4	3,185 00

5

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นายภคพล ทิมประเสริฐ)

6

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(นางสาวชนันท์ ยืนดิษฐ์)

1

วันที่ 22 สิงหาคม 2562

1

วันที่ 22 สิงหาคม 2562

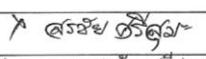
1. ว/ด/ป ที่เกิดค่าใช้จ่าย
2. รายละเอียดของผู้รับเงิน
3. รายละเอียดค่าใช้จ่าย
(พร้อมระบุปริมาณ)
4. จำนวนเงินรวม
(ตัวเลขและตัวอักษร)
5. ลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน
6. ลายมือชื่อผู้รับเงิน

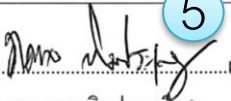


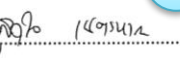
ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ 7 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564

ข้าพเจ้า นางสาวสุจิต เนตรหาญ ที่อยู่ 35/34 หมู่ที่ 3 ตำบลปลายบาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
ได้รับเงินจาก ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรายการ
ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าอาหารกล่อง	495	00
(กล่องละ 45 บาท จำนวน 11 กล่อง)		
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง		
		
(รศ.ดร.นพ.สรชัย ศรีสุเมธ)		
หัวหน้าภาควิชาสรีรวิทยา		
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (สี่ร้อยเก้าสิบห้าบาทถ้วน)	495	00

ลงชื่อ... ...ผู้จ่ายเงิน
(นายภคพล ทิมประเสริฐ)
วันที่ 7 เมษายน 2564

ลงชื่อ... ...ผู้รับเงิน
(นางสาวสุจิต เนตรหาญ)
วันที่ 7 เมษายน 2564

1. ว/ด/ป ที่เกิดค่าใช้จ่าย
2. รายละเอียดของผู้รับเงิน
3. รายละเอียดค่าใช้จ่าย
(พร้อมระบุปริมาณ)
4. จำนวนเงินรวม
(ตัวเลขและตัวอักษร)
5. ลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน
6. ลายมือชื่อผู้รับเงิน



ใบสำคัญรับเงิน

ข้าพเจ้า.....ที่อยู่.....
.....ได้รับเงินจาก สิริวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ตามรายการ
ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร)		

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....) (.....)
วันที่..... วันที่.....



หัวข้อที่ชี้แจง

- การขอเบิกค่าใช้จ่าย
- หลักฐานการจ่ายเงิน
- การขอสปอนเซอร์



แนวทางการขอสปอนเซอร์

- ผู้ประสงค์ติดต่อขอสปอนเซอร์ ให้ใช้แบบฟอร์มที่ฝ่ายการเงินกำหนด จัดส่งให้บริษัทที่ติดต่อขอสปอนเซอร์
- เมื่อมีการติดต่อและส่งแบบฟอร์มขอสปอนเซอร์ให้บริษัทแล้ว ผู้ติดต่อต้องกรอกข้อมูลใน sheet ที่ใช้บันทึกข้อมูลการขอสปอนเซอร์ เพื่อใช้แสดงว่า เป็นผู้ติดต่อบริษัทดังกล่าว
- เมื่อมีการบันทึกการติดต่อขอสปอนเซอร์จากบริษัทใดแล้ว ผู้ประสงค์ขอติดต่อสปอนเซอร์ท่านอื่น ไม่สามารถติดต่อบริษัทเดียวกันได้
- เมื่อมีการบันทึกการติดต่อขอสปอนเซอร์ระบุผู้ติดต่อและบริษัทแล้ว ผู้ติดต่อนั้น เป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน ดำเนินการจนกว่าจะเสร็จสิ้น คือฝ่ายการเงินได้รับเงินและบริษัทได้รับการประชาสัมพันธ์ในการอบรมตามที่ต้องการ
- ผู้รับผิดชอบต้องติดตามและส่งมอบ แบบตอบรับและหลักฐานการโอนเงินค่าสปอนเซอร์ ให้ฝ่ายการเงิน รวมถึงติดตามและส่งมอบสื่อประชาสัมพันธ์ของบริษัทให้ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง



แนวทางการขอสปอนเซอร์ (ต่อ)

- ในระหว่างดำเนินการ ผู้รับผิดชอบต้องกรอกและ **update** ข้อมูลให้ทราบความคืบหน้า ใน sheet บันทึกข้อมูลผลการขอสปอนเซอร์
- เมื่อการอบรมเสร็จสิ้น ฝ่ายการเงินได้รับเงินค่าสปอนเซอร์ บริษัทได้รับการประชาสัมพันธ์ตามความประสงค์ ผู้ติดต่อจะได้รับค่าตอบแทนในอัตรา **ร้อยละ 5** ของยอดเงินสปอนเซอร์รายการนั้นๆ โดยจะได้รับตั้งแต่วันที่ 1 กค 68 เป็นต้นไป
- ฝ่ายการเงินจะออก **หนังสือขอบคุณ** ส่งมอบผ่านผู้ติดต่อ ไปยังสปอนเซอร์ ภายใน 3 วัน หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมฯ และหลังตรวจสอบว่าได้รับการโอนเงินเข้าบัญชีแล้ว
- หากเกิดข้อสงสัย ผลการพิจารณาของประธานกรรมการจัดการอบรม ถือเป็นที่สุด

อัตราค่าสปอนเซอร์

ลำดับ	รายการ : แผ่นพับ ประชาสัมพันธ์	จำนวนเงิน (บาท)
1	แผ่นพับ ประชาสัมพันธ์ (ผู้ให้การสนับสนุนเป็นผู้จัดทำ)	3,600

ลำดับ	รายการ : ใบแทรกใน e-book	จำนวนเงิน (บาท)
1	ด้านในปกหน้า-เติมหน้า	3,600
2	ด้านในกลางเล่ม-เติมหน้า	3,300
3	ด้านปกหลัง-เติมหน้า	3,000

ลำดับ	รายการ : โลโก้ของหน่วยงาน	จำนวนเงิน (บาท)
1	มีโลโก้ของหน่วยงานหน้าเอกสารประกอบการประชุม (e-book) / Website และ Power point ก่อนเริ่มการนำเสนอ	5,000
2	มีโลโก้ของหน่วยงานหน้าเอกสารประกอบการประชุม (e-book) / Website/ Power point ก่อนเริ่มการนำเสนอ และบน Backdrop ก่อนจัดงานประชุม	10,000
3	มีโลโก้ของหน่วยงานบน Backdrop ก่อนจัดงานประชุม	7,000
4	มีโลโก้ของหน่วยงานบนกระเป๋างานประชุม (ภายในวันที่ 10 มีนาคม 2568)	5,000

ลำดับ	รายการ : Booth	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน ยูนิต	ต้องการ	วันที่จัดงาน
1	โซน A1-A6 (กว้างxลึก 3x2 เมตร)	2 วัน	15,000			
2	โซน A1-A6 (กว้างxลึก 3x2 เมตร)	1 วัน	8,500			
3	โซน B1-B6 (กว้างxลึก 2.5x2 เมตร)	2 วัน	12,000			
4	โซน B1-B6 (กว้างxลึก 2.5x2 เมตร)	1 วัน	7,500			
5	โซน C1-C5 (กว้างxลึก 1.5x2 เมตร)	2 วัน	10,000			
6	โซน C1-C5 (กว้างxลึก 1.5x2 เมตร)	1 วัน	6,000			

ลำดับ	รายการ : การแสดงภาพเคลื่อนไหว (วิดีโอ)	จำนวนเงิน (บาท)	ต้องการ
1	การแสดงภาพเคลื่อนไหว (วิดีโอ) ความยาว 1 นาที ระหว่างเบรคทุกช่วง (ผู้ให้การสนับสนุนเป็นผู้จัดทำ)	15,000	
2	การแสดงภาพเคลื่อนไหว (วิดีโอ) ความยาว 30 วินาที ระหว่างเบรคทุกช่วง (ผู้ให้การสนับสนุนเป็นผู้จัดทำ)	10,000	

ลำดับ	รายการ : การสนับสนุนในรูปแบบอื่น เช่น อาหาร วัสดุ เงินสด (โปรตระกูล...)	จำนวน และ หน่วยนับ	ต้องการ
1			

https://loongmaha.com/office/sponsor_rate.pdf

การอบรมวิชาการสรีรวิทยา-พยาธิสรีรวิทยา

ครั้งที่ 42 ประจำปี 2568

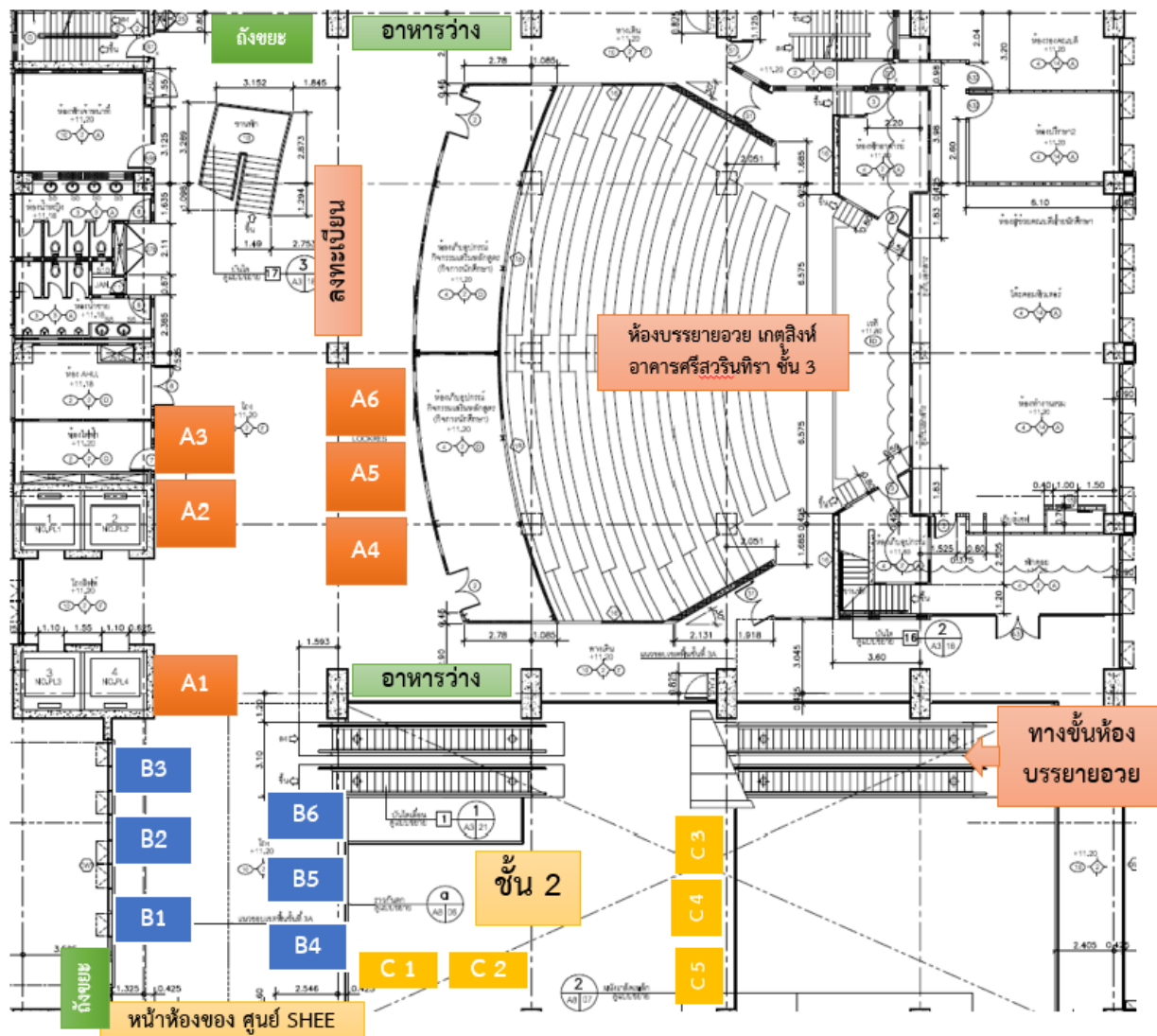
วันที่ 1-2 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

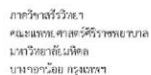
ณ ห้องบรรยายอวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 3

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ราคาจุดออก Booth แสดงสินค้า จำนวน 17 บูธ

- A** (กว้างxลึก 3x2 เมตร) จำนวน 2 วัน ราคา 15,000 บาท
- A** (กว้างxลึก 3x2 เมตร) จำนวน 1 วัน ราคา 8,500 บาท
- B** (กว้างxลึก 2.5x2 เมตร) จำนวน 2 วัน ราคา 12,000 บาท
- B** (กว้างxลึก 2.5x2 เมตร) จำนวน 1 วัน ราคา 7,500 บาท
- C** (กว้างxลึก 2.5x2 เมตร) จำนวน 2 วัน ราคา 10,00 บาท
- C** (กว้างxลึก 2.5x2 เมตร) จำนวน 1 วัน ราคา 6,000 บาท





1. ใบแจ้งความ แจ้งให้การสนับสนุน
2. กำหนดการอบรมวิชาการ

[illegible]

คณะผู้จัดทำ จึงมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อให้การสนับสนุนเป็นส่วนหนึ่งของ
ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการจัดการอบรมฯ คราวนี้

จึงใช้ เวลาเพื่อไปประดิษฐานไว้ด้วยความเคารพ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สรนัย ศิลกุล)
ประธานคณะกรรมการจัดการประชุมระดับวิทยาลัยนานาชาติ
ครั้งที่ 42 ประจำปี 2568

ข้าพเจ้า..... ในนามของ บริษัท.....

ยินดีให้การสนับสนุนการจัดการอบรมสัรวิทยาและพยาบาลสัรวิทยา ครั้งที่ 42 ประจำปี 2568 เรื่อง “Frailty: From Bench to Bedside” ภาวะเปราะบาง: จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ” ระหว่างวันที่ 1 - 2 พฤษภาคม 2568 ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ : ใบตรวจใน e-book	จำนวนเงิน (บาท)	ต้องการ
1	ด้านใบปกหน้า-เดิมหน้า	3,600	
2	ด้านใบกลาส์เดิม-เดิมหน้า	3,300	
3	ด้านปกหลัง-เดิมหน้า	3,000	

ลำดับ	รายการ : ฝึกอบรมหน่วยงาน	จำนวนเงิน (บาท)	ต้องการ
1	มีสื่อฝึกอบรมหน่วยงานอิเล็กทรอนิกส์ประกอบการประชุม (e-book) / Website และ Power point ที่สนใจนำมาเสนอ	5,000	
2	มีสื่อฝึกอบรมหน่วยงานอิเล็กทรอนิกส์ประกอบการประชุม (e-book) / Website/ Power point ที่สนใจนำมาเสนอ และ Backdrop ที่สนใจเข้าร่วมประชุม	10,000	
3	มีสื่อฝึกอบรมหน่วยงาน Backdrop ที่สนใจเข้าร่วมประชุม	7,000	
4	มีสื่อฝึกอบรมหน่วยงานแบบครบถ้วนประชุม (ภายในพื้นที่ 10 มีนาคม 2568)	5,000	

ลำดับ	รายการ : Booth	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)	จำนวน บูธนี้	ข้อควร	วันที่จัดงาน
1	โซน A1-A6 (กว้างลึก 3x2 เมตร)	2 บูธ	15,000			
2	โซน A1-A6 (กว้างลึก 3x2 เมตร)	1 บูธ	8,500			
3	โซน B1-B6 (กว้างลึก 2.5x2 เมตร)	2 บูธ	12,000			
4	โซน B1-B6 (กว้างลึก 2.5x2 เมตร)	1 บูธ	7,500			
5	โซน C1-C5 (กว้างลึก 1.5x2 เมตร)	2 บูธ	10,000			
6	โซน C1-C5 (กว้างลึก 1.5x2 เมตร)	1 บูธ	6,000			

ลำดับ	รายการ : การแสดงแลกเปลี่ยนหัว (วีดีโอ)	จำนวนเงิน (บาท)	ต้องการ
1	การแสดงแลกเปลี่ยนหัว (วีดีโอ) ความยาว 1 นาที ระหว่างบรรพบุรุษช่วง (มีให้กรอกรับชมแบบเป็นวีดิทัศน์)	15,000	
2	การแสดงแลกเปลี่ยนหัว (วีดีโอ) ความยาว 30 วินาที ระหว่างบรรพบุรุษช่วง (มีให้กรอกรับชมแบบเป็นวีดิทัศน์)	10,000	

ลำดับ	รายการ : การลงโทษในรูปแบบอื่น เช่น ออกรับโทษ (พิเศษ...)	จำนวน และ หน่วยนับ	ต้องการ
1			
2			
3			

ทั้งนี้ ครอบคลุมวิทยากร, เอกสาร, ไฟล์ข้อมูล และอื่น ๆ (โปรดระบุ) พร้อมทั้ง

- เงินสด จำนวน บาท
- หลักฐานการโอนเงิน จำนวน บาท
- (ขอเป็นฝ่ายผู้ถือเงินฝ่ายออกหรือรับ ธนาคารพาณิชย์ เลขที่บัญชี 421 192808 7
ชื่อบัญชี นายสงชัย ศรีชนะ และ/หรือ นายสมพล เทพพร และ/หรือ นายภคพล ชื่นประเสริฐ)

ภาพที่ ๑๖

(๑) ภาพที่ ๑๖

ภาพที่ ๑๖

ภาพที่ ๑๖

ภาพที่ ๑๖



บันทึกข้อมูลการขอสปอนเซอร์

ติดตามการดำเนินการ เรื่อง Sponsor																
ไฟล์ แก้ไข ดู แทรก รูปแบบ ข้อมูล เครื่องมือ ส่วนขยาย ความช่วยเหลือ																
เมนู 100% 123 Sarab...																
C1:C2	ชื่อผู้รับผิดชอบ															
1	A	B	C	การยื่นขอรับการสนับสนุน				ผู้รับผิดชอบ กรอกข้อมูล ประเภท Sponsor ที่สนับสนุน					ผู้รับผิดชอบ อัปเดตข้อมูล การดำเนินการ (ผ่านทีมประชาสัมพันธ์)		ผู้รับผิดชอบ	
2	ลำดับ	ชื่อบริษัท	ชื่อผู้รับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบ ส่งแบบตอบรับ ให้ คุณกมลพล	ผู้รับผิดชอบ ส่งข้อมูลการโอนเงิน ให้ คุณกมลพล	คุณกมลพล ตรวจสอบ ยอดเงินโอนเข้า	คุณศุภชัย จัดทำหนังสือ ขอบขออนุมัติ	แผ่นพับ ประชาสัมพันธ์	ใบแทรกใน e-book	แสดง LOGO	วีดีโอ	Booth	อื่นๆ เช่น การเงิน อาหาร	ประสานงานขอรับแผ่นพับ จากบริษัท	ส่งต่อ ฝ่ายลงทะเบียน ดำเนินการ	ประสานงานจากบริษัท
3	1			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4	2			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5	3			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6	4			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
7	5			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
8	6			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
9	7			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
10	8			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
11	9			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
12	10			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
13	11			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
14	12			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
15	13			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
16	14			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
17	15			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
18	16			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
19	17			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
20	18			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
21	19			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
22	20			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
23	21			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
24	22			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1FX1fgaj6QAwgfVNrGqHeJlqH5SRec7H2ded6TNN3QI/edit?gid=0#gid=0>



ข้อมูลเพิ่มเติม เว็บไซต์งานภาควิชา → คณะอนุกรรมการฝ่ายการเงิน

Physiology e-Office
:: คณะอนุกรรมการฝ่ายการเงิน การอบรมวิชาการ 2568 ::

กลับเว็บไซต์งานภาควิชา

เอกสารและข้อมูล

- อัตราค่าลงทะเบียน
- แนวทางการขอเบิกเงิน
- แบบฟอร์มขอเบิกเงิน
- หลักฐานการใช้จ่ายเงิน
- บันทึกการขอเบิกเงิน
- แนวทางการขอสนับสนุน
- บันทึกการขอสนับสนุน

แบบฟอร์มขอสนับสนุน
อัตราค่าลงทะเบียน
คณะกรรมการและหน้าที่
บัญชีธนาคาร

อัตราค่าลงทะเบียนอบรมวิชาการ 2568

ไฟล์ แก้ไข ดู แทรก รูปแบบ ข้อมูล เครื่องมือ ส่วนขยาย ความช่วยเหลือ

เมนู 100% 123 TH Sar... 18

A	B	C	D	E	F	G	H
1	อัตราค่าลงทะเบียน						
2	ลำดับ ประเภทผู้ลงทะเบียน	ค่าลงทะเบียน (บาท)	ต้องลงทะเบียนล่วงหน้า	อาหาร	กระเป๋	ได้คะแนนการศึกษาต่อเนื่อง	หมายเหตุ
3	1 บุคลากรและนักศึกษาในสังกัดภาควิชาศิริราชและศูนย์วิทยาการผู้สูงอายุศิริราช	ฟรี	ลงทะเบียน ระบุ SAPID หรือรหัสนักศึกษา	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
4	2 บุคลากรและนักศึกษาสังกัดอื่นในคณะ (จำกัดไม่เกิน 150 คน)	ฟรี	ลงทะเบียน ระบุ SAPID หรือรหัสนักศึกษา	ไม่ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	
5	3 วิทยาการ	ฟรี	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
6	4 สมาชิกศิริราชสมาคมแห่งประเทศไทย	82,500.00	ลงทะเบียน ระบุเลขที่สมาชิกสมาคม	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
7	5 นิสิต นศ. แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สังกัดอื่น มีหนังสือรับรองจากต้นสังกัด	82,000.00	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
8	6 บุคคลทั่วไป	83,000.00	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
9	7 ศิษย์เก่าคณะ	82,500.00	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
10	8 ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป)	81,500.00	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
11	9 บุคลากรจากพื้นที่สีแดง (3 จังหวัดชายแดนภาคใต้) มีหนังสือรับรองจากต้นสังกัด	81,500.00	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
12	10 บุคลากรจากโรงพยาบาลร่วมสอน	81,500.00	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
13	11 บุคลากรจากสถาบันที่มีข้อตกลงกับคณะ	81,500.00	ลงทะเบียน	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	
14	ใบเสร็จค่าลงทะเบียน จะระบุวันที่ ณ วันอบรมวิชาการฯ						
15	อัตราการเงินค่าลงทะเบียน						
16	แจ้งไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนวันอบรม คืนเงิน 100 %						
17	แจ้งไม่น้อยกว่า 30 วัน ก่อนวันอบรม ไม่คืนเงิน						
18							

Update : 13 ก.พ. 2568 Thai Kedmanee

To switch input methods, press Windows key + space.

https://loongmaha.com/office/pst_budget.php



คำถาม ข้อเสนอแนะ

thank you

อนุกรรมการฝ่ายการเงิน