

แบบคำขอรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับบุคลากรภายใน-ภายนอก และนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์

บุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ ข้าราชการ ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณฯ
☐ ลูกจ้างประจำเงินนอกงบประมาณฯ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ นิสิต ☐ อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด(คณะ/สถาบัน/ศูนย์/สำนัก).....อยู่บ้านเลขที่.....อาคาร.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....
เลขที่บัตรประชาชน วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

มีความประสงค์ให้ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ โอนเงินค่า.....
จำนวนเงิน บาท ตัวอักษร (.....)

☐ เชื่อกันจ่ายในนาม
☐ เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารสาขา.....
ประเภทบัญชี ☐ เงินฝากออมทรัพย์ ☐ เงินฝากกระแสรายวัน
ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....

ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคาร เรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่ได้รับจากทางราชการ

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอและผู้รับเงิน
(.....)

อัตราค่าธรรมเนียมธนาคาร		
ประเภทบริการโอนเงิน	Direct Credit (ธ.ไทยพาณิชย์)	Smart Credit (ธนาคารอื่น)
1. พื้นที่ให้บริการในเขตสำนักหักบัญชี วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท 2. พื้นที่ให้บริการนอกเขตสำนักหักบัญชี วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท วงเงินตั้งแต่ 100,001 บาท	5 บาท/รายการ	
3. การโอนต่างธนาคาร วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท วงเงินตั้งแต่ 100,001 - 500,000 บาท วงเงินตั้งแต่ 500,001 - 2,000,000 บาท		10 บาท/รายการ ธนาคารเป็นผู้กำหนด

** หลักฐานแนบ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร หน้า BOOK BANK พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ตัวอย่าง

แบบคำขอรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับบุคลากรภายใน-ภายนอก และนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....**เว้นไว้**.....พ.ศ.....

เรียน คณะบดี คณะแพทยศาสตร์

บุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภท ☐ ข้าราชการ ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณฯ
☐ ลูกจ้างประจำเงินนอกงบประมาณฯ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☒ นิสิต ☐ อื่น ๆ.....

กรอก
ข้อมูล
ตามที่อยู่ใน
บัตร
ประชาชน

ข้าพเจ้า..... (นาย/นางสาว) **เด็กดี นิสัยดี**ตำแหน่ง..... นิสิตแพทย์
สังกัด(คณะ/สถาบัน/ศูนย์/สำนัก).... คณะแพทยศาสตร์อยู่บ้านเลขที่..... 1873อาคาร.....
ถนน..... พระรามสี่ตำบล/แขวง..... พญาไทอำเภอ/เขต..... ปทุมวันจังหวัด..... กรุงเทพฯ
รหัสไปรษณีย์..... 10330โทรศัพท์มือถือ..... 080-0000000โทรสาร.....ใส่ E-mail แทน.....
เลขที่บัตรประชาชน 1234567890123 วันที่ออกบัตร... 01 ม.ค.57วันที่หมดอายุ..... 31 ธ.ค. 57.....

มีความประสงค์ให้ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ โอนเงินค่า.....**เว้นไว้**.....
จำนวนเงิน บาท ตัวอักษร (.....)

☐ เชื้อสิ่งจ่ายในนาม
☒ เข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร แห่งประเทศไทยสาขา..... จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ประเภทบัญชี ☒ เงินฝากออมทรัพย์ ☐ เงินฝากกระแสรายวัน
ชื่อบัญชี..... (นาย/นางสาว) **เด็กดี นิสัยดี** เลขที่บัญชี..... 000-000000-0

ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดที่ธนาคาร เรียกเก็บ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวจากเงินที่ได้รับจากทางราชการ

ปรินต์ออกมาเพื่อเซ็นสด

ลงชื่อ **เด็กดี นิสัยดี**ผู้ยื่นคำขอและผู้รับเงิน
(... (นาย/นางสาว) **เด็กดี นิสัยดี**)

อัตราค่าธรรมเนียมธนาคาร		
ประเภทบริการโอนเงิน	Direct Credit (ธ.ไทยพาณิชย์)	Smart Credit (ธนาคารอื่น)
1. พื้นที่ให้บริการในเขตสำนักหักบัญชี วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท 2. พื้นที่ให้บริการนอกเขตสำนักหักบัญชี วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท วงเงินตั้งแต่ 100,001 บาท	5 บาท/รายการ	
3. การโอนต่างธนาคาร วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท วงเงินตั้งแต่ 100,001 - 500,000 บาท วงเงินตั้งแต่ 500,001 - 2,000,000 บาท		10 บาท/รายการ ธนาคารเป็นผู้กำหนด

** หลักฐานแนบ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร หน้า BOOK BANK พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

