



เอกสารประกอบการรายงานตัวนักเรียน ปีการศึกษา 2566
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (แพทย์ เน้นภาษาอังกฤษ)

กรุณารอกข้อมูลในเอกสารต่อไปนี้จะละเอียดทุกข้อ พร้อมแนบเอกสารหลักฐานต่างๆ ให้เรียบร้อย เนื่องจากข้อมูลทั้งหมดต้องเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูลงานทะเบียนของโรงเรียน

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. ใบรายงานตัวนักเรียน (พร้อมติดรูปถ่าย) | จำนวน 1 ฉบับ (4 หน้า) |
| 2. ระเบียบแสดงผลการเรียน (ปพ.1 : บ) ระดับชั้น ม.3 ฉบับจริงพร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 3. บัตรประจำตัวประชาชนนักเรียน พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 4. ทะเบียนบ้านนักเรียนฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 5. บัตรประจำตัวประชาชนบิดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 6. บัตรประจำตัวประชาชนมารดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 7. ทะเบียนบ้านบิดาและมารดา ฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 8. ทะเบียนบ้านผู้ปกครอง ฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีไม่ใช่บิดา/มารดา) | จำนวน 1 ชุด |
| 9. เอกสารหลักฐานการชำระเงินผ่านทางธนาคาร | จำนวน 1 ชุด |
| 10. เอกสารสำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |
| 11. เอกสารการเปลี่ยนชื่อ-สกุล หรืออื่นๆ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |

หากผู้ปกครองนำเอกสาร/หลักฐาน รายงานตัวมาไม่ครบ ทางโรงเรียน จะไม่รับรายงานตัว

กำหนดการรายงานตัวนักเรียน และปฐมนิเทศนักเรียนและผู้ปกครอง ระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2566
ณ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์

1. รายงานตัวนักเรียน : วันอาทิตย์ที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2566

- | | |
|-----------------------|--|
| เวลา 08.30 – 09.00 น. | ลงทะเบียน และรับบัตรคิว (ระดับชั้น ม.4) |
| เวลา 09.30 – 12.00 น. | ตรวจเอกสาร/หลักฐาน และหลักฐานการชำระเงิน
นักเรียนพร้อมผู้ปกครองส่งเอกสารรายงานตัว
สั่งซื้อเครื่องแบบชุดนักเรียน และอุปกรณ์การเรียน |

ทั้งนี้ ผู้ปกครองต้องนำนักเรียนมารายงานตัวด้วยตนเอง ณ โรงเรียนสาธิต มศว องค์กรฯ สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา โดยนักเรียนแต่งกายชุดนักเรียน (ชุดโรงเรียนเดิม) หากท่านไม่มารายงานตัวตามวันและเวลาที่กำหนดจะถือว่าท่านสละสิทธิ์

2. การปฐมนิเทศนักเรียนและผู้ปกครอง วันเสาร์ที่ 20 พฤษภาคม 2566 ณ โรงเรียนสาธิต มศว องค์กรฯ

3. กำหนดการเรียนปรับพื้นฐานความรู้ และเพิ่มศักยภาพวิชาการ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2566 ระหว่างวันอังคารที่ 18 เมษายน - วันศุกร์ 12 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.30 – 15.00 น. ณ โรงเรียนสาธิต มศว องค์กรฯ สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา

3.1 ข้อควรปฏิบัติ

(1) ผู้ปกครองส่งนักเรียนก่อนเวลา 08.00 น. และรับกลับเวลา 15.00 น. อนุญาตให้ผู้ปกครองรับ-ส่ง ด้านหน้าอาคารมัธยมเท่านั้น หากมีเหตุจำเป็นกรุณาติดต่อห้องบริการการศึกษา (อาคารมัธยมศึกษา)

(2) นักเรียนแต่งกายชุดสุภาพที่สามารถทำกิจกรรมได้สะดวก

(3) นักเรียนนำเฉพาะสิ่งของที่โรงเรียนกำหนดมาเท่านั้น และไม่ควรมนำสิ่งของมีค่ามาโรงเรียน

3.2 สิ่งของที่ต้องเตรียม

เครื่องเขียน และอุปกรณ์การเรียนส่วนตัว

4. เปิดภาคเรียนปีการศึกษา 2566 วันจันทร์ที่ 29 พฤษภาคม 2566

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข

◆ ฝ่ายประถมศึกษา : 02 - 649 5000 ต่อ 27605 , 063-9454758

◆ ฝ่ายมัธยมศึกษา : 02 - 649 5000 ต่อ 27613 , 083-2634653

ข้าพเจ้าขอทำใบรายงานตัวให้ไว้ต่อผู้อำนวยการสถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ บัดนี้ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....สมัครเข้าเป็นนักเรียนในโรงเรียนนี้ ข้าพเจ้าเห็นว่ามีความตั้งใจเล่าเรียน ข้าพเจ้าจึงรับเป็นผู้ปกครองและขอรับรองว่าจะคอยตักเตือนให้หมั่นศึกษาเล่าเรียนอยู่เสมอ ให้ประพฤติตนเป็นคนเรียบร้อยตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียน ทั้งจะเป็นผู้อุปถัมภ์ ในเรื่องค่าบำรุงการศึกษาและค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียนทุกประการ หากปรากฏว่านักเรียนในปกครองของข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตัวตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียน ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามผลการพิจารณาตัดสินของโรงเรียนทุกประการ

ข้าพเจ้าขอมอบ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว)..... ให้เข้าเป็นนักเรียนของสถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำรับรองของนักเรียน

ข้าพเจ้า (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....นักเรียนชั้น ม. ขอสัญญาว่าจะยึดมั่นในสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ และจะตั้งใจเรียน และประพฤติตนเป็นคนเรียบร้อยตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียนโดยเคร่งครัด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียน ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามผลการพิจารณาตัดสินใจของโรงเรียนทุกประการ

ลงชื่อ.....นักเรียน
วันที่ เดือน พ.ศ.

(***กรุณากรอกเอกสารด้วยตัวบรรจงและครบถ้วน***)

----- (สำหรับเจ้าหน้าที่รับเอกสารรายงานตัว) -----

เอกสารรายงานตัว

- | | | |
|--|-------|-----------------|
| <input type="radio"/> 1. ใบรายงานตัวนักเรียน (พร้อมติดรูปถ่าย) | จำนวน | 1 ฉบับ (4 หน้า) |
| <input type="radio"/> 2. ระเบียบแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.1 : บ) ฉบับจริงพร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 3. บัตรประจำตัวประชาชนนักเรียน พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 4. ทะเบียนบ้านนักเรียนฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 5. บัตรประจำตัวประชาชนบิดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 6. บัตรประจำตัวประชาชนมารดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 7. ทะเบียนบ้านบิดาและมารดา ฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 8. ทะเบียนบ้านผู้ปกครอง ฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีไม่ใช่บิดา/มารดา) | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 9. เอกสารหลักฐานการชำระเงินผ่านทางธนาคาร | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 10. เอกสารสำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน | 1 ชุด |
| <input type="radio"/> 11. เอกสารการเปลี่ยนชื่อ-สกุล หรืออื่นๆ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน | 1 ชุด |

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเอกสาร
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลด้านอื่นๆ เพิ่มเติม (นักเรียน)

1. ความถนัด/ความสามารถพิเศษ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ด้านสติปัญญา | <input type="checkbox"/> ด้านความคิดสร้างสรรค์ |
| <input type="checkbox"/> ด้านการใช้ภาษา | <input type="checkbox"/> ด้านการเป็นผู้นำ |
| <input type="checkbox"/> ด้านการสร้างงานทัศนศิลป์ | <input type="checkbox"/> ด้านศิลปะการแสดง |
| <input type="checkbox"/> ด้านดนตรี | <input type="checkbox"/> ด้านกีฬา |
| <input type="checkbox"/> ด้านอื่นๆ (ระบุ)_____ | |

2. ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการนักเรียน (โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง *กรณีมีประวัติให้แนบใบรับรองแพทย์*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น และหรือซน (Attention Deficit hyperactivity Disorder) ADHD | |
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางการเรียนรู้ (L.D.) ด้าน_____ | |
| <input type="checkbox"/> ออทิสติก (Autistic) | <input type="checkbox"/> แอสเพอร์เกอร์ (Asperger's Syndrome) |
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางการมองเห็น | <input type="checkbox"/> บกพร่องทางการได้ยิน |
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางสติปัญญา | <input type="checkbox"/> บกพร่องทางร่างกาย/สุขภาพ |
| <input type="checkbox"/> บกพร่องทางการพูด/ภาษา | <input type="checkbox"/> มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนรู้ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)_____ | |

3. ชื่อยาที่แพ้_____

4. ชื่ออาหารที่แพ้_____

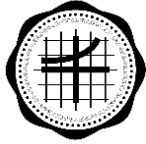
5. โรคประจำตัวนักเรียน_____

6. ความคิดเห็นเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของนักเรียนและข้อสังเกตที่พบ (โปรดกรอกอย่างละเอียด)

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล_____ ผู้ปกครอง

ข้อมูลด้านอื่นๆ เพิ่มเติม (บิดา - มารดา)

ข้อมูลบิดา	ข้อมูลมารดา
สถานที่ทำงาน..... เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ตำแหน่งการทำงาน..... รายได้ต่อเดือน..... บาท อาชีพ (เลือกอาชีพของบิดา) <input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> นักธุรกิจ - ค้าขาย <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> พนักงาน/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐเกษียณ/พระ/นักบวช <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	สถานที่ทำงาน..... เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ตำแหน่งการทำงาน..... รายได้ต่อเดือน..... บาท อาชีพ (เลือกอาชีพของมารดา) <input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> นักธุรกิจ - ค้าขาย <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> พนักงาน/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐเกษียณ/นักบวช <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
ความพิการ (บิดา)	ความพิการ (มารดา)
<input type="checkbox"/> ไม่พิการ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยิน <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> ความพิการร่างกาย, สุขภาพ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการพูด, ภาษา <input type="checkbox"/> ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ <input type="checkbox"/> ความพิการทางออทิสติก <input type="checkbox"/> ความพิการซ้ำซ้อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/> ไม่พิการ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการมองเห็น <input type="checkbox"/> ความพิการทางการได้ยิน <input type="checkbox"/> ความพิการทางสติปัญญา <input type="checkbox"/> ความพิการร่างกาย, สุขภาพ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการเรียนรู้ <input type="checkbox"/> ความพิการทางการพูด, ภาษา <input type="checkbox"/> ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ <input type="checkbox"/> ความพิการทางออทิสติก <input type="checkbox"/> ความพิการซ้ำซ้อน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)
สถานภาพ (บิดา)	สถานภาพ (มารดา)
<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> เสียชีวิต	<input type="checkbox"/> มีชีวิต <input type="checkbox"/> เสียชีวิต
<input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)
<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หย่าร้าง แต่อยู่ร่วมกัน	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง แต่อยู่ร่วมกัน
<input type="checkbox"/> บิดาแต่งงานใหม่	<input type="checkbox"/> มารดาแต่งงานใหม่



สถาบันวิจัย พัฒนา
และสาธิตการศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ม.4
แพทย์เน้นภาษาอังกฤษ (Med-Eng)
(นักเรียนใหม่)

แนวทางการชำระเงิน ปฏิบัติดังนี้

☆ ค่าธรรมเนียมการศึกษา ค่าธรรมเนียมสมาคมผู้ปกครองและครู โอนเงินเข้าธนาคาร ดังนี้

1. (ส่วนที่ 1) ค่าธรรมเนียมการศึกษา เป็นเงิน 34,300 บาท

กำหนดชำระ ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม – 2 เมษายน 2566

ชื่อบัญชี : สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา

เลขบัญชี : 283 - 300045 - 9

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา มศว องค์กรฯ

2. (ส่วนที่ 2) ค่าธรรมเนียมสมาคมผู้ปกครองและครู เป็นเงิน 57,100 บาท

กำหนดชำระ ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม – 2 เมษายน 2566

ชื่อบัญชี : สมาคมผู้ปกครองและครู โรงเรียนสาธิต มศว องค์กรฯ

เลขบัญชี : 283 - 300044 - 1

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา มศว องค์กรฯ

หมายเหตุ : 1. หากชำระเงินแล้ว ทางโรงเรียนขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

2. กรณีโอนเงินต่างสาขา/ต่างจังหวัด/ต่างธนาคาร ผู้ปกครองต้องรับผิดชอบค่าธรรมเนียมการโอนเอง

ประมาณการค่าใช้จ่ายหลักสูตรปกติ ประจำปีการศึกษา 2566

โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์

ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

ม.4 (นักเรียนใหม่ Med-Eng)

รายการ	อัตรา
ส่วนที่ 1 ค่าธรรมเนียมการศึกษา	34,300
1.1 ค่าใช้จ่ายส่วนตัว (ต่อปี)	13,200
1.1.1 ค่าอาหาร	10,000
1.1.2 ค่านม	2,400
1.1.3 ค่าประกันอุบัติเหตุ	300
1.1.4 ค่าบำรุงสระว่ายน้ำ	500
1.2 ค่าพัฒนาคุณภาพการศึกษาและกิจกรรมนักเรียน (ต่อปี)	21,000
1.2.1 ค่าเรียนคอมพิวเตอร์เทคโนโลยีสารสนเทศ	3,000
1.2.2 ห้องเรียนพิเศษด้านวิชาการและด้านอื่นๆ (วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น)	5,000
1.2.3 ค่าจ้างครูชาวต่างประเทศ	5,000
1.2.4 ค่าจ้างครูที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะ	5,000
1.2.5 ค่าใช้จ่ายในการไปทัศนศึกษาตามแหล่งเรียนรู้ของนักเรียน	3,000
1.3 ค่าธรรมเนียมทั่วไป	100
1.3.1 ค่าบัตรประจำตัวนักเรียน	100
1.3.2 ค่าบัตรรับ-ส่งนักเรียน	-
1.3.3 ค่าออกหนังสือสำคัญ (ตั้งแต่ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป)	(20.00)
1.3.4 ค่าสมุดรายงานผลการเรียน (ทดแทนที่ทำหาย)	(200.00)
ส่วนที่ 2 ค่าธรรมเนียมสมาคมผู้ปกครองและครูฯ	57,100
2.1 ค่าธรรมเนียมสมาคมฯ	20,600
2.1.1 ค่าลงทะเบียน (เรียกเก็บครั้งเดียว)	100
2.1.2 ค่าพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการเรียนรู้ของนักเรียน (เรียกเก็บครั้งเดียว)	5,000
2.1.3 ค่าบำรุงสมาคมรายปี	500
2.1.4 ค่าสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ	5,000
2.1.5 ค่าสนับสนุนการเรียนภาษาต่างประเทศและผู้เชี่ยวชาญ	6,000
2.1.6 ค่าสื่อและเทคโนโลยีการสอน	2,000
2.1.7 ค่าบำรุงสาธารณูปโภคและอื่นๆ	2,000
2.2 ค่าใช้จ่ายของนักเรียน	36,500
2.2.1 ค่าหนังสือเรียน	1,500
2.2.2 ค่าสนับสนุนกิจกรรมประจำปี	1,500
2.2.3 ค่าสนับสนุนกีฬาสาธิตและสาธิตวิชาการ	1,500
2.2.4 ค่ากิจกรรมปรับความรู้พื้นฐาน/กิจกรรมภาคฤดูร้อน	5,000
2.2.5 ค่าพัฒนาทักษะวิชาชีพเฉพาะสำหรับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	7,000
2.2.6 ค่าจัดการหลักสูตรวิทย์-คณิต (แพทย์ เน้นอังกฤษ)	20,000
รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น	91,400

สำหรับชำระเงิน
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมการศึกษา ปีการศึกษา 2566
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4
(หลักสูตร แพทย์เน้นภาษาอังกฤษ Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)
รหัสประจำตัวสอบ (Ref.1) □-□-□-□-□
ระดับชั้น (Ref.2) 624



สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา
บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300045 - 9 (Bill Payment) (สถานศึกษา)
(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม - 2 เมษายน 2566)

เช็ค/Cheque เงินสด/Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา / Bank - Branch	หมายเลขเช็ค /Cheque No.	จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)
		34,300.00
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words	สามหมื่นสี่พันสามร้อยบาทถ้วน	

กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by
โทรศัพท์/Telephone

สำหรับเจ้าหน้าที่
ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ

สำหรับธนาคาร
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมการศึกษา ปีการศึกษา 2566
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (กลุ่มสาธิต)
(หลักสูตร แพทย์เน้นภาษาอังกฤษ Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)
รหัสประจำตัวสอบ (Ref.1) □-□-□-□-□
ระดับชั้น (Ref.2) 624



สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา
บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300045 - 9 (Bill Payment) (สถานศึกษา)
(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม - 2 เมษายน 2566)

เช็ค/Cheque เงินสด/Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา / Bank - Branch	หมายเลขเช็ค /Cheque No.	จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)
		34,300.00
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words	สามหมื่นสี่พันสามร้อยบาทถ้วน	

กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by
โทรศัพท์/Telephone

สำหรับเจ้าหน้าที่
ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ

PAY IN BANK เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินฉบับนี้ไปชำระได้ตามธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ทุกสาขาทั่วประเทศ

สำหรับผู้ชำระเงิน

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมสมาคมฯ ปีการศึกษา 2566

มัธยมศึกษาปีที่ 4

(หลักสูตร Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล

รหัสประจำตัวผู้สอบ (Ref.1) □-□-□-□-□

ระดับชั้น (Ref.2) 624



สมาคมผู้ปกครองและครูโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์

บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300044 - 1 (Bill Payment) (10/10) (สถานศึกษา)

(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม - 2 เมษายน 2566)

เช็ค/Cheque

เงินสด/Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา / Bank - Branch

หมายเลขเช็ค /Cheque No.

จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)

57,100.00

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words

ห้าหมื่นเจ็ดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน

กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by

สำหรับเจ้าหน้าที่

โทรศัพท์/Telephone

ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ

สำหรับธนาคาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมสมาคมฯ ปีการศึกษา 2566

มัธยมศึกษาปีที่ 4

(หลักสูตร Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล

รหัสประจำตัวผู้สอบ (Ref.1) □-□-□-□-□

ระดับชั้น (Ref.2) 624



สมาคมผู้ปกครองและครูโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์

บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300044 - 1 (Bill Payment) (10/10) (สถานศึกษา)

(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม - 2 เมษายน 2566)

เช็ค/Cheque

เงินสด/Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา / Bank - Branch

หมายเลขเช็ค /Cheque No.

จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)

57,100.00

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words

ห้าหมื่นเจ็ดพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน

กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by

สำหรับเจ้าหน้าที่

โทรศัพท์/Telephone

ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ

PAY IN BANK เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินฉบับนี้ไปชำระได้ตามธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ทุกสาขาทั่วประเทศ