



คำขอรับเงินคืน

วันที่

เรียน เลขาธิการสภาเภสัชกรรม

ข้าพเจ้า ภก. / ภญ.....ใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ.

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอรับเงินคืนในกิจกรรม.....

หรือการประชุมเรื่องซึ่งจัดในวันที่.....

เนื่องจาก

ข้าพเจ้าขอรับเงินคืน เป็นเงิน บาท (.....)

โดยให้สภาเภสัชกรรม ดำเนินการโอนเงินคืน มาที่บัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชีเลขที่บัญชี

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอรับเงินคืน ดังนี้

1. สำเนาหน้าบัญชีเงินฝากธนาคาร จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาหลักฐานการโอนเงินให้สภาเภสัชกรรม จำนวน 1 ฉบับ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ

(.....)