



## คำขอรับเงินคืน

วันที่ .....

เรียน เลขาธิการสภาเภสัชกรรม

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

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ .....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอรับเงินคืนในกิจกรรม.....

หรือการประชุมเรื่อง .....ซึ่งจัดในวันที่.....

เนื่องจาก .....

ข้าพเจ้าขอรับเงินคืน เป็นเงิน ..... บาท (.....)

โดยให้สภาเภสัชกรรม ดำเนินการโอนเงินคืน มาที่บัญชีธนาคาร .....

ชื่อบัญชี .....เลขที่บัญชี .....

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอรับเงินคืน ดังนี้

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

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)