

## หน่วยการเงินและบัญชี



คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล  
เลขรับที่..... 6135  
วันที่..... 4 ต.ค. 2565  
เวลา..... 16.19

ศูนย์พัฒนามาตรฐานและการประเมินผลิตภัณฑ์

โทรศัพท์ 0 2441 4376 ต่อ 2512

ที่ อว 78.048/85

วันที่ 3 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขออนุมัติเบิกคืนเงินค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิก โครงการประเมินคุณภาพฯ ประจำปี 2566

เรียน คณบดีคณะเทคนิคการแพทย์

อ้างอิง คำขอคืนเงิน โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอกฯ ที่ 66/006

ตามที่ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เปิดให้บริการวิชาการ โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก เพื่อสร้างเครือข่ายการพัฒนาองค์ความรู้ และคุณภาพการวิเคราะห์ทดสอบข้อมูลให้กับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน ประจำปี 2566 นั้น

ทั้งนี้ คุณนางสาวกุลวดี เหล็กดี ในนาม โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี ได้ชำระเงินจำนวน 13,400.00 บาท (หนึ่งหมื่นสามพันสี่ร้อยบาทถ้วน) เพื่อประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกฯ ให้กับ 20232331 โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นันทบุรี ผ่านทาง บัญชี “โครงการ การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์” เลขที่บัญชี 016-452491-2 มาเรียบร้อยแล้ว ตั้งแต่วันที่ 29 กันยายน 2565 แต่เนื่องจากโครงการดังกล่าวมีผู้สมัครเต็มสิทธิ์แล้ว

ในการนี้ ทางศูนย์ฯ ไร่ขอคืนเงิน จำนวน 1,500.00 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) เข้าบัญชีชื่อ “น.ส.กุลวดี เหล็กดี” ธนาคารกรุงไทย สาขาตลาดหลุมแก้ว (แยกนพวงศ์) เลขที่บัญชี 139-0-07080-8 ให้แก่สมาชิกต่อไป

เรียน ☒ คณบดี

- ☐ รองคณบดีฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ
- ☐ รองคณบดีฝ่ายการศึกษากลับปริญญาและปริญญานิเทศศาสตร์
- ☐ รองคณบดีฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา
- ☐ รองคณบดีฝ่ายบริหาร และสื่อสารองค์กร
- ☒ รองคณบดีฝ่ายพัฒนาสุขภาพะ งบประมาณและการคลัง
- ☐ รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการทางวิชาการ
- ☐ รองคณบดีฝ่ายพัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรมเชิงพาณิชย์
- ☐ เพื่อโปรดทราบ ☒ อนุมัติ ☐ ประจักษ์พินัย ☐ พิจารณา/ส่งการ

ไปรออนุมัติคืนเงินค่าสมัครสมาชิกฯ ให้กับ  
น.ส.กุลวดี เหล็กดี เป็นจำนวนเงิน 1,500.- บาท  
เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2565

(ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรเฉลิม อิศรางกูร ณ อยุธยา)

รักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนามาตรฐานและการประเมินผลิตภัณฑ์

(นางสาวพิษณุสินี จิตติพิชานันท์)

หัวหน้างานคลังและพัสดุ

- 5 ต.ค. 2565

ดำเนินการต่อไป

6 ต.ค. 65



## คำขอคืนเงิน

โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ

ชื่อ - สกุล นางสาวกุลวดี เหล็กดี

ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

สังกัด โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี

ที่อยู่ 155 ม.3 ถนนนครอินทร์ แขวง/ตำบล บางขุนกอง เขต/อำเภอ บางกรวย จังหวัด นนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 0869800225

E-mail LAB\_NMC@hotmail.com

## รายละเอียดการชำระเงิน

ช่องทางชำระเงิน บัญชี “โครงการ การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์” เลขที่บัญชี 016-452491-2

วันที่ชำระเงิน 29 กันยายน 2022

จำนวนเงินที่ชำระ 13,400.00 บาท ตัวอักษร (หนึ่งหมื่นสามพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

## รายละเอียดการขอคืนเงิน

จำนวนเงินที่ขอคืน 1,500.00 บาท ตัวอักษร (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

เข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขา สาขาลาดหลุมแก้ว(แยกถนนพวงศั)

เลขที่บัญชี 1390070808 ชื่อบัญชี น.ส.กุลวดี เหล็กดี

สาเหตุที่ขอเงินคืน โครงการดังกล่าวมีผู้สมัครเต็มสิทธิ์แล้ว

\*\*\* ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่าธรรมเนียมธนาคารฯ ที่เกิดขึ้น จากการคืนเงินของคณะฯ โดยให้หักจากยอดเงินที่ขอคืนเงิน \*\*\*

Digitally Signed by

ลงนาม นางสาวกุลวดี เหล็กดี

ผู้ยื่นคำขอ

วันที่ 3 ตุลาคม 2565

ลงนาม

วันที่

- 3 ต.ค. 2565

ผู้รับคำขอ

## ส่วนที่ 2 ตรวจสอบยอดชำระคงเหลือ

จำนวนเงินที่ชำระ 13,400.00 บาท

จำนวนเงินที่ขอคืน 1,500.00 บาท

☒ ยอดเงินที่ชำระคงเหลือ 11,900.00 บาท

ชำระให้กับสมาชิกรหัส 20232331

โครงการ ☐ EQAC☐ EQAH☐ EQAT☒ EQAP 2,000☒ EQAI: SYP 2,200☒ EQAI: HBV 2,200☐ ไม่มียอดเงินที่ชำระคงเหลือ

ชื่อห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี

☐ B-EQAM 2,500☐ H-EQAM☐ UC-EQAM 1,200☐ EQAB: GRAM } 1800☐ EQAB: AFB☐ EQAB: IDEN

ลงนาม

นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์

วันที่

- 3 ต.ค. 2565



ส่วนที่ 3 การตรวจสอบรายการชำระเงิน และสถานะการออกใบเสร็จ

- การชำระเงิน ☒ ผู้ยื่นคำขอได้ชำระเงิน จำนวนดังกล่าวแล้ว เมื่อวันที่ 29/09/65
- ☐ ผู้ยื่นคำขอยังไม่ได้ชำระเงิน
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
- การออกใบเสร็จ ☒ ยังไม่ได้ออกใบเสร็จรับเงิน
- ☐ ออกใบเสร็จรับเงินเรียบร้อยแล้ว
- ได้รับคืนใบเสร็จ เล่มที่..... เลขที่..... วันที่รับใบเสร็จ..... เมื่อวันที่ .....
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

ลงนาม

นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่

5/10/2565

ส่วนที่ 4 การพิจารณาคำขอคืนเงิน

รายการเสนอขออนุมัติคืนเงิน ตามหนังสือราชการ ที่ อว 78.048/ 85

ลงวันที่ - 3 ต.ค. 2565

คุณสมบัติพิจารณา วันที่ - 5 ต.ค. 2565

- ☒ อนุมัติ
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

รายละเอียด วันที่คืนเงินเข้าบัญชี 12/10/65

ยอดที่คืนเงินทั้งหมด 1,500.00 บาท

หักค่าธรรมเนียมธนาคาร 50.- บาท

รวมยอดเงินที่คืนเข้าบัญชี 1,450.- บาท

รายละเอียด อื่น ๆ (ระบุ) .....

ลงนาม

นักวิชาการเงินและบัญชี

วันที่

12/10/65

ส่วนที่ 5 แจ้งผู้ยื่นคำขอทราบผลการพิจารณา

แจ้งรายละเอียดใน ส่วนที่ 4 ให้ผู้ยื่นคำขอทราบ ผ่านทางโทรศัพท์

วันที่ 12 ต.ค. 65

เวลา 14.15

E-mail

วันที่ 12 ต.ค. 65

เวลา 14.15

ลงนาม

นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์



566

ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน
ผู้รับเงิน/วันที่รับเงิน	Tracking No.	วันที่ส่งไปเสร็จ	เลขที่	วันที่ออกใบเสร็จ	วันที่รับเงิน/วันที่รับเงิน

ไทยพาณิชย์ SCB

9 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900  
9 RUTCHADAPISEK ROAD, JATUJAK, BANGKOK 10900 THAILAND

เล่มที่ 083174  
BOOK NO.

ลงรับ 19701 INTERBANK TRANSFER

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107536000102  
REGISTRATION NO. / TAX IDENTIFICATION NO.

## ใบแจ้งการโอนเงินภายในประเทศ / ใบเสร็จรับเงิน

DOMESTIC TRANSFER COLLECTION / RECEIPT

เลขที่ 4158690  
NO.

SEQ.NO.52 USER.ID. 78806

สาขา 333 สาขามหาวิทยาลัยมหิดล  
BRANCH

วันที่ 12/10/2565 TIME:14:28:50  
DATE



1

☐ อัดโนมัติ  
DTC.

☐ ดราฟท์  
DRAFT

☒ โอนเงินระหว่างธนาคาร  
INTERBANK TRANSFER

บัญชีเลขที่ A/C NO.	ชื่อบัญชี/ผู้รับผลประโยชน์ NAME/BENEFICIARY	จำนวนเงินโอน AMOUNT	ค่าธรรมเนียม COMMISSION FEE	ค่าสื่อสาร COMMUNICATION FEE	รวม/คงเหลือ TOTAL/BALANCE
1390070808	MISS KUNWADI LEKD	1,450.00 (TR)	TOTAL 50.00 SCB 36.00 006 14.00 (TR)	0.00	1,500.00

หมายเลขอ้างอิง REF. NO.	โอนตามคำสั่งของ BY ORDER	สาขาปลายทาง TO BRANCH	ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) The Siam Commercial Bank Public Company Limited
0333221012000003	โครงการ การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์แพทย์		

FD049(4)/2

สำหรับลูกค้า FOR CUSTOMER

ผู้มีอำนาจลงนาม  
AUTHORIZED SIGNATURE

รหัสสมาชิก: 20232331

ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์มทบปรี

โครงการที่ชำระเงิน

Schemes	Fee	Status	Ctrl. No	ออกใบเสร็จในนาม
EOAC I Clinical Chemistry	3,000.00	✓ จัดส่งใบ เสร็จรับเงิน เรียบร้อยแล้ว	28	บริษัท เมด-วัน จำกัด ถ.รามคำแหง แขวงพลับ พาสี (010554203527)
GRAND TOTAL	3,000.00	[สามพันบาทถ้วน]		

\* สมกชจิวา EOC แล้ว โดย บง

นักวิชาการ



ไทยพาณิชย์ SCB

ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

ฝาก  
Deposit

สาขา / Branch สาขา เซ็นทรัลพลาซ่า เวสต์เกต

วันที่ / Date 29 กันยายน 2565

เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name

ธุรกรรม / Transaction Type

016-452491-2 ออมทรัพย์

โครงการ

ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit

ยอดเงินรวม Total Amount

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์การภายนอก คณะเทคโนโลยีการแพทย์

(หนึ่งหมื่นสามพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

\*13,400.00\*

ค่าธรรมเนียม Fee

\*0.00\*

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อนำฝาก  
Depositor

จำนวนเงิน  
Amount

13,400

โทรศัพท์ Tel

12:24:53 29/09/65 0164524912 โครงการ การประเมิน CT \*\*\*\*\*13,400.00 CASH 62694-04130

0016

C0019

ใบฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามต้นเงินที่ระบุไว้ในรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำใบฝากเงินนี้ไปมอบคืนแก่ท่าน และให้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น