ไทยพาณิเยย์	ทรัลพลาชา ชลบุรี C Name การ	ฟาก Deposit งปฏิบัติการโดยอง	วันที่ / Date ธุรกรรม / Tran ฝากค้วย เงินส ค์กรภายนอก คณะเทคนิ *4,400.00*	02 พฤศจิกายน 2565 saction Type ศ/Cash Deposit คการแพทย์ คำธรรมเนียม Fee *30.00*
ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้อง ลายมือชื่อผู้นำฝาก Depositor	ทุกประการ จำนวนเงิน Amount	2000		1 2565 # 1 Tel.: 93-6200353
11:24:14 02/11/65 0164524912 โร 0016 ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อขนาคารได้รับเงินหรือได้เรียก ที่ใช้แสดงถึงการชำระหนั้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น	18 0-	EE: *****30.0	A 10 73.	C0006

newาณีชย์ scb จาที่บัญชี A/C No.	ใบรับรองรายการ / Trar สาขา / Branch สาขา เ ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี	ชั้นทรัลพลาชา ชลบุรี A/C Name	Wnn Deposit	วันที่ / Date ธุรกรรม / Tra	02 พฤศจิกายน 2565 nsaction Type
	กา	รงการ รประเมินคุณภาพทางห้อง	งปฏิบัติการโตยองค์	ฝากด้วยเงิน กรภายนอก คณะเทค	สศ/Cash Deposit นิคการแพทษ์
อดเงินรวม Total A	mount				MIDIIMITA FEE
(สองพันบาท	เถ้วน)			*2,000.00*	*30.00*
อดเงิน Amt.					วิทยพาณิยย์ จำกัก (แกล) 0 2 พ.ย (2565)
อดเงิน Amt.					ราชชาณิชย์ จำกัก
อดเงิน Amt.				1/2	Almon O Think
อดเงิน Amt.				18/	O O ON PL OCES
อดเงิน Amt.				(  ※(	0.5 M.D.Ckana 1.31
าพเจ้าได้ตรวจสอบแ	ละขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกเ	ต้องทุกประการ		1	
					William State Comments
ายมือชื่อผู้นำฝาก	7705	จำนวนเงิน	4,400	โทรศัพ	wi Tel.: 093-6200353
epositor		Amount			
	02/11/65 0164524912	ร์ครงการ การประเมิ	C1 ******* EE: ****30.00	***2,000.00 CASI	H 70550 4861B C0007
0016		19	500 9001 60740	1 4/10/73	•
	มูบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้	a	ายการข้างตับ ถูกต้องครบถ้	่วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยเ	แล้วเท่านั้น และมิใช่หลักฐาน

โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ รหัสสมาชิก 20231534 EQAI-Syphilis EQAI-HBV และ EQAP จำนวนเงิน 6,400 บาท