****

สภ.65

 **คำขอรับ****เงินคืน**

 วันที่ ....................................................................

เรียน เลขาธิการสภาเภสัชกรรม

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

ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ …………………………………………………………………………………………………………..…..…….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

หมายเลขโทรติดติดต่อ......................................................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

 (...........................................................................)