



มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

เลขที่ 4 หมู่ 11 ถนนหทัยราษฎร์ ตำบลลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150

ใบแจ้งชำระเงินค่าสมัครเข้าศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ

สำหรับนิสิต(1)

วันที่.....

ชื่อ - นามสกุล เบอร์โทรศัพท์.....

หลักสูตรที่สมัคร.....

ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ค่าสมัคร 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อผู้นำฝาก.....

ลงชื่อผู้รับเงิน.....

สำหรับธนาคาร(2)

วันที่.....

ชื่อ - นามสกุล เบอร์โทรศัพท์.....

หลักสูตรที่สมัคร.....

เพื่อเข้าบัญชี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น	สำหรับธนาคาร (โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน)
<input type="radio"/> ช.กรุงไทย (Service Code:8602)	(REF1) : 8888888888 (REF2) : 8888888888
<input type="radio"/> ช.กสิกรไทย (Service Code:523-1-00500-7/COMCODE 8027)	
<input type="radio"/> ช.ไทยพาณิชย์ เลขบัญชี 468-0-43705-3 (10.-/10.)	
<input type="radio"/> ช.กรุงเทพ (Service Code:WTUXBR:0145X15/15)	
ยอดเงินเป็นตัวหนังสือ :	ยอดเงินเป็นตัวเลข :
หมายเหตุ <ul style="list-style-type: none"> - การชำระเงินจะสมบูรณ์เมื่อนิสิต ได้ส่งหลักฐานการชำระเงินที่มหาวิทยาลัย หรืออาจารย์ผู้รับสมัคร - อ.จิราพร สร้อยพิมาย โทร. 092-8696363 	