



ชื่อภาค/ศูนย์/สถาน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร

ที่

วันที่

เรื่อง ขอเบิกเงินทุนนำเสนอผลงานวิจัย/ทุนเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ

เรียน หัวหน้าภาค/ศูนย์/สถาน

ด้วย ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ชื่อผู้ได้รับทุน \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สังกัด \_\_\_\_\_

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ขอเบิกเงินทุนนำเสนอผลงานวิจัยประเภท/ทุนเป็นวิทยากร \_\_\_\_\_

ในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ณ ประเทศ \_\_\_\_\_

รายละเอียดของการเบิกเงินทุน จากทุน “กองทุนพัฒนาอาจารย์ศิริราชมูลนิธิ (รหัสกองทุน I400011)”

| ลำดับ<br>ที่                       | รายการ                                                                | ชื่อผู้ขอรับทุน | เลขที่ใบส่งของ/<br>ใบเสร็จรับเงิน | วันที่ใบส่งของ/<br>ใบเสร็จรับเงิน | จำนวนเงิน |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| 1.                                 | ทุนนำเสนอผลงานวิจัย<br>ประเภท(Poster/Oral<br>Presentation)/ทุนวิทยากร |                 |                                   |                                   |           |
| (ระบุจำนวนเงินทั้งหมดเป็นตัวอักษร) |                                                                       |                 |                                   |                                   |           |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

อนุมัติเบิกจ่ายเงิน เป็นเงินทั้งสิ้น \_\_\_\_\_ บาท (ตัวอักษร)

☛ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ในนาม \_\_\_\_\_

ธนาคาร \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_ เนื่องจากสำรองจ่ายไปเรียบร้อยแล้ว

โดยให้ถือว่ารายงานฉบับนี้เป็นหลักฐานการตรวจรับโดยอนุโลม

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_/ผู้ขอเบิก

( )

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

เพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)

( ชื่อหัวหน้าภาค/สถาน

)

ระบุตำแหน่ง

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

รับทราบ และอนุมัติทุน I400011

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ

โปรดดำเนินการต่อไป

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ อัครมวงคลกุล)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายกองทุน

วันที่ \_\_\_\_\_



ชื่อภาค/ศูนย์/สถาน  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาศิส อุณณะนันท์)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ



# ศิริราชมูลนิธิ

ตึกมหิตลภาปัญญา ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร: 0-2419-7658-60, 0-2419-7688 โทรสาร : 0-2419-7658 กด 9, 0-2419-7687

"เพื่อผู้ป่วยยากไร้โรงพยาบาลศิริราช"

## ใบสำคัญ-รับเงิน

เลขที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ เลขที่บัตรประชาชน \_\_\_\_\_

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_

ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ ได้รับเงินจากศิริราชมูลนิธิ ดังรายการต่อไปนี้

| รายการ                                                            | จำนวนเงิน |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|-----|
|                                                                   | บาท       | สต. |
| ทุนนำเสนองานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ แก่ ผู้ได้รับทุน |           |     |
| เพื่อเป็นค่าเดินทาง, ค่าลงทะเบียน และค่าเบี้ยเลี้ยง               |           |     |
|                                                                   |           |     |
|                                                                   |           |     |
|                                                                   |           |     |
|                                                                   |           |     |
|                                                                   |           |     |
|                                                                   |           |     |
|                                                                   |           |     |
|                                                                   |           |     |
| บาท                                                               |           |     |

จำนวนเงิน ( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ (ผู้รับเงิน)

( \_\_\_\_\_ )

Siriraj Foundation "for Siriraj Hospital"

Siriraj Hospital, Wang Lang Road, Bangkoknoi, Bangkok 10700 Thailand.

Tel. 0-2419-7658-60, 0-2419-7688 Fax : 0-2419-7658 Press 9, 0-2419-7687

E-mail : donate\_siriraj@hotmail.com

ID Line : @sirirajfoundation



## ศิริราชมูลนิธิ

ตึกมหิตลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร. 0-2419-7658-60, 0-2419-7688 โทรสาร : 0-2419-7658 กด 9, 0-2419-7687

"เพื่อผู้ป่วยยากไร้โรงพยาบาลศิริราช"

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้จ่าย วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

**Siriraj Foundation "for Siriraj Hospital"**

Siriraj Hospital, Wang Lang Road, Bangkoknoi, Bangkok 10700 Thailand.

Tel. 0-2419-7658-60, 0-2419-7688 Fax : 0-2419-7658 Press 9, 0-2419-7687

E-mail : donate\_siriraj@hotmail.com

ID Line : @sirirajfoundation