



คำร้องขอคืนเงินค่าธรรมเนียม

การสมัครสมาชิกโครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก

เขียนที่.....

วันที่

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ซอย..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... มือถือ..... E-mail

หน่วยงาน

ได้ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิก โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก ประจำปี..... ให้กับ
โรงพยาบาล/หน่วยงาน

ผ่านช่องทาง ชำระเงินสด โอนเงินเข้าบัญชี เช็คธนาคาร อื่นๆ

วันที่ทำรายการ..... และได้ส่งหลักฐานการชำระเงินมายัง ศูนย์พัฒนามาตรฐานและการประเมินผลิตภัณฑ์ แล้วนั้น

บัดนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอคืนเงินค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกในโครงการ

- EQAC EQAH EQAT EQAP B-EQAM H-EQAM UC-EQAM EQAI: Syphilis
- EQAI: HBV EQAB: GRAM EQAB: AFB EQAB: IDEN&AST EQAB: GRAM&AFB EQAB: ครบชุด

เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (ตัวอักษร).....

- สาเหตุที่ขอคืนเนื่องจาก
- ชำระเงินค่าธรรมเนียมผิดพลาด/ผิดประเภท/ผิดบัญชี
 - ชำระค่าธรรมเนียมเกิน/ชำระซ้ำ
 - ยกเลิกการสมัครสมาชิก เนื่องจาก.....
 - อื่นๆ (ระบุ).....

- ทั้งนี้ได้แนบเอกสาร
- สำเนาเอกสารการชำระเงิน หรือใบเสร็จรับเงินฉบับจริง (*กรณีได้รับใบเสร็จรับเงินแล้ว)
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - สำเนาสมุดบัญชีสำหรับคืนเงิน
 - อื่นๆ (ระบุ).....

และหากมีค่าธรรมเนียมในการคืนเงิน ข้าพเจ้ายินดีให้ทางคณะฯ หักจากยอดเงินที่ขอคืน สูงสุดไม่เกิน 50 บาท พร้อมแนบหลักฐานการคืนเงิน/หักค่าธรรมเนียม

ผู้ยื่นคำร้อง

.....

()

วันที่.....

ผู้รับคำร้อง

.....

()

วันที่.....

*****การพิจารณาเสนอขออนุมัติคืนเงินของหัวหน้าศูนย์ฯ และการอนุมัติคืนเงินของคณบดี อ้างอิงจากหนังสือราชการ เลขที่ อว 78.048/ ลงวันที่..... เรื่อง ขออนุมัติเบิกคืนเงินค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิก โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการฯ