



ประกาศวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
เรื่อง ค่าใช้จ่ายลงทะเบียนเรียนของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์
ปีการศึกษา ๒๕๖๑

เพื่อให้การดำเนินการจัดการศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นไปตามระเบียบว่าด้วยการจัดการศึกษาของสถานศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จึงประกาศค่าใช้จ่ายในการศึกษาของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข และสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ ๑, ๒, ๓ และ ๔ และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ชั้นปีที่ ๑, ๒

วิทยาลัยฯ กำหนดวันชำระค่าใช้จ่ายในการศึกษา ดังนี้

๑. ภาคการศึกษา ๑ ระหว่างวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๑ ถึง ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๑
๒. ภาคการศึกษา ๒ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๒ ถึง ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒
๓. ภาคฤดูร้อน
 - ๓.๑ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ ๒-๓ ระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๒ ถึง ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒
 - ๓.๒ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม ชั้นปีที่ ๑-๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ถึง ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ในกรณีที่นักศึกษามีความจำเป็นทำให้ไม่สามารถชำระเงินได้ตามกำหนด ให้นักศึกษายื่น คำร้องขอผ่อนผันการชำระเงิน ภายในระยะเวลาสิ้นสุดการชำระค่าลงทะเบียนเรียน ทั้งนี้ถ้าพ้นกำหนดระยะเวลา วิทยาลัยฯ จะดำเนินการตามระเบียบของวิทยาลัยฯ

นักศึกษาสามารถชำระเงินในระบบ Teller Payment System ธนาคารกรุงไทยทุกสาขาทั่วประเทศ Company Code = ๘๑๒๓ และสามารถรับแบบฟอร์มใบแจ้งการชำระเงิน ณ กลุ่มอำนวยการ , กลุ่มกิจการนักศึกษา และ website ของวิทยาลัยฯ เพื่อชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียนนั้น ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๑

(นายปรีทัศน์ เจริญช่าง)

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

หมายเหตุ

๑. นักศึกษาจะต้องลงทะเบียนเรียน และชำระค่าลงทะเบียนเรียนภายใน ๓ สัปดาห์ หลังเปิดภาคการศึกษา ถ้าเกิน ๓ สัปดาห์ จะต้องเสียค่าปรับวันละ ๒๐ บาท (วันทำการ) ทั้งนี้ไม่เกิน ๑๐ สัปดาห์ และถ้าเกิน ๑๐ สัปดาห์ นักศึกษาจะพ้นสภาพการเป็นนักศึกษา

๒. การผ่อนผันการชำระค่าลงทะเบียนเรียน จะต้องทำให้แล้วเสร็จภายใน ๓ สัปดาห์ และต้องไม่เกิน ๑๐ สัปดาห์ หลังจากเปิดภาคการเรียน

๓. ในกรณีนักศึกษากู้ยืมเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา ให้ทำเรื่องขอผ่อนผันตามระยะเวลาที่ กยศ.โอนเงินให้ แต่ถ้ากรณีมีส่วนเกินจากเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษา ให้นักศึกษา ชำระตามเวลาที่กำหนดตามข้อ ๑



สำหรับนักศึกษา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ใบแจ้งการชำระเงิน ในระบบ Teller Payment System

สาขาที่ชำระเงิน.....วันที่.....

Company Code = 8123

บัญชีกระแสรายวัน 710-6-03103-8

ชื่อ - สกุล (Customer Name)
เลขบัตรประจำตัวประชาชน. (Ref.1).....
หลักสูตรวิชา (Ref.2).....

Table with 2 columns: รายการ (Item) and จำนวนเงิน (ตัวเลข) (Amount in digits). Rows include ค่าใช้จ่ายในการศึกษา (Study expenses) and รวม (Total).

ค่าธรรมเนียมบริการ 15 บาท/รายการ ชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคาร

หมายเหตุ กรอกเอกสารให้ครบถ้วนพร้อมนำเงินสดไปติดต่อชำระที่ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ



สำหรับธนาคาร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ใบแจ้งการชำระเงิน ในระบบ Teller Payment System

สาขาที่ชำระเงิน.....วันที่.....

Company Code = 8123

บัญชีกระแสรายวัน 710-6-03103-8

ชื่อ - สกุล (Customer Name)
เลขบัตรประจำตัวประชาชน. (Ref.1).....
หลักสูตรวิชา (Ref.2).....

Table with 2 columns: รายการ (Item) and จำนวนเงิน (ตัวเลข) (Amount in digits). Rows include ค่าใช้จ่ายในการศึกษา (Study expenses) and รวม (Total).

ค่าธรรมเนียมบริการ 15 บาท/รายการ ชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคาร

หมายเหตุ กรอกเอกสารให้ครบถ้วนพร้อมนำเงินสดไปติดต่อชำระที่ บมจ.ธนาคารกรุงไทย ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
แบบคำร้องขอผ่อนผันการชำระค่าเล่าเรียน

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว

เป็นผู้ปกครองนักศึกษาชั้นปีที่หลักสูตร.....รุ่นที่ปีการศึกษา.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ไม่สามารถชำระเงินค่าเล่าเรียน ภาคเรียนที่/.....ในวันที่วิทยาลัยกำหนดได้ เนื่องจาก

.....
จึงขอผ่อนผันการชำระเงินและสัญญาว่าจะนำเงินมาชำระให้เสร็จสิ้นภายในวันที่

ถ้าข้าพเจ้าไม่มาชำระเงินตามกำหนดที่ขอผ่อนผันไว้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางวิทยาลัยจำหน่าย

นาย/ นาง / นางสาวรหัสนักศึกษา.....

ซึ่งอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าออกได้ทันที โดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าก่อน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครองผู้ขอผ่อนผัน
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ
- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

อาจารย์ที่ปรึกษา

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ
- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

นายทะเบียน

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ
- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ

อนุมัติ

(นายปรีทัศน์ เจริญช่าง)

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี