**A close up of a sign

Description automatically generated**

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

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