

เลขที่ ศธ 0517.0113/.....

วันที่



โครงการทุนมหิดลวิทยากร (Mahidol Medical Scholars Program) มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์ม : รายละเอียดการขอเบิกค่าประชุม / อบรม / สัมมนา ในและต่างประเทศ

ชื่อนักศึกษา นาย/นางสาว.....อายุ.....ปี รหัสประจำตัวนักศึกษา.....
 คณะต้นสังกัด SI RA DT PY อื่นๆ (ระบุ) นักศึกษาโครงการฯ รุ่นที่
 สถานที่ติดต่อ โทรศัพท์ e-mail :
 อาจารย์ที่ปรึกษา สังกัด
 ชื่อการประชุม.....
 สถานที่จัดประชุม..... ณ เมือง ประเทศ.....
 ระยะเวลาเดินทางจากวันที่ ถึงวันที่
 โดยเสนอผลงานทางวิชาการ แบบ ORAL PRESENTATION POSTER PRESENTATION ไม่เสนอผลงาน
 ชื่อผลงานเรื่อง

(นักศึกษาแนบเอกสารประกอบ : ใบลงทะเบียน/ใบตอบรับเข้าประชุม , บทคัดย่อผลงานที่เสนอในที่ประชุมวิชาการ)

รายการค่าใช้จ่าย

ที่	รายการ	จำนวนเงินที่ขอเบิก เงินสกุล.....	จำนวนเงินที่ขออนุมัติ หลักการ (บาท)	จำนวนเงินที่ขออนุมัติ เบิกจ่าย (บาท)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
	รวมเป็นเงิน			

อัตราแลกเปลี่ยน ณ วันที่..... คือ.....

- ได้รับทุนสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากแหล่งอื่น เป็นจำนวนเงิน..... บาท
 ชื่อทุน..... หน่วยงาน.....
 รายละเอียด (ค่าใช้จ่ายที่ได้รับการสนับสนุน).....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสนับสนุนจากโครงการ Mahidol Medical Scholars Program จำนวนเงิน บาท
 จำนวนเงิน (อักษร).....

ลงชื่อนักศึกษา.....

ลงนามอาจารย์ที่ปรึกษา.....

()

()

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....