

ใบสมัครประกันอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับนักเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓
โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร

ข้าพเจ้าผู้ปกครองของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว.....
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ /..... เลขที่ โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร มีประสงค์
ให้นักเรียนสมัครอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับนักเรียน พร้อมชำระเงิน เป็นจำนวนเงิน ๔๘๐ บาท (สี่ร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

กรุณากรอกข้อมูลเพิ่มเติม พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

๑. นักเรียนเกิดวันที่ เดือน ปี พ.ศ.

๒. หมายเลขประจำตัวประชาชนของนักเรียน คือ

	-					-						-			-	
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--

ลงชื่อผู้ปกครอง
(.....)

วันที่ชำระเงิน/...../.....

ผู้รับชำระเงิน
(อาจารย์ที่ปรึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาเก็บส่วนนี้คืนงานทุนและสวัสดิภาพ ภายในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

.....
ฉีกส่วนนี้ให้นักเรียนหรือผู้ปกครองเพื่อเป็นหลักฐานการชำระเงิน

ใบรับเงินค่าสมัครประกันอุบัติเหตุสำหรับนักเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๓
โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร

ข้าพเจ้า ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ /..... เลขที่ ได้สมัครทำประกันอุบัติเหตุสำหรับนักเรียน ประจำปี
การศึกษา ๒๕๖๓ และได้ชำระเงินจำนวน ๔๘๐ บาท (สี่ร้อยแปดสิบบาทถ้วน) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

วันที่ชำระเงิน/...../.....

ผู้รับชำระเงิน
(อาจารย์ที่ปรึกษา)