



แบบฟอร์มคำขอการรับเงินคืนค่าธรรมเนียม

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลการชำระค่าธรรมเนียมเกินและขอรับเงินส่วนเกิน

เรียน นายกสภาการแพทย์แผนไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบแจ้งการชำระเงินในระบบ Teller Payment

๒. สำเนาใบเสร็จชำระเงิน

๓. สำเนาบัตรประชาชน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

เป็นผู้ได้ชำระค่าธรรมเนียมเรื่อง.....

โดยทำธุรกรรมผ่านระบบออนไลน์และชำระค่าธรรมเนียมดังกล่าวเป็นเงินจำนวน.....บาท
(.....) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ๒ และ ๓ ซึ่งเป็นความผิดพลาดใน
การทำธุรกรรมผ่านระบบออนไลน์ของสภาการแพทย์แผนไทย

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ตรวจสอบข้อมูลการชำระเงินค่าธรรมเนียมดังกล่าวและขอรับ
เงินส่วนเกินจากการทำธุรกรรมนี้คืนเป็นจำนวนเงิน.....บาท(.....)

โดยโอนเงินส่วนเกินเข้าบัญชีของข้าพเจ้าธนาคาร.....

เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี.....

สาขา.....เบอร์โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ลายมือชื่อผู้ยื่นคำขอ