

ใบสั่งชำระค่าธรรมเนียม

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

วันที่..... เดือน พ.ศ.....

ถึงพนักงานการเงิน ฝ่ายการคลัง

โปรดรับเงินจาก บริษัท.....

เป็นค่าธรรมเนียม.....

จำนวน.....บาท (.....)

โปรดมาชำระเงินครั้งต่อไปภายในวันที่ครบกำหนด ภายในเวลา 15.00 น. ของวันทำการมิฉะนั้นท่านจะต้องเสียค่าปรับเพิ่ม

ผู้สั่งชำระ:

โทรศัพท์