



โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์

เอกสารประกอบการรายงานตัวนักเรียน ปีการศึกษา 2565
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 (แพทย์ เน้นภาษาอังกฤษ)

กรุณารอกข้อมูลในเอกสารต่อไปนี้ให้ละเอียดทุกข้อ พร้อมแนบเอกสารหลักฐานต่างๆ ให้เรียบร้อย เนื่องจาก
ข้อมูลทั้งหมดต้องเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูลงานทะเบียนของโรงเรียน

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. ใบรายงานตัวนักเรียน (พร้อมติดรูปถ่าย) | จำนวน 1 ฉบับ (4 หน้า) |
| 2. ระเบียนแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.1 : บ) ระดับชั้น ม.3 ฉบับจริงพร้อมสำเนา
และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 3. บัตรประจำตัวประชาชนนักเรียน พร้อมสำเนา
และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 4. ทะเบียนบ้านนักเรียนฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 5. บัตรประจำตัวประชาชนบิดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 6. บัตรประจำตัวประชาชนมารดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 7. ทะเบียนบ้านบิดาและมารดา ฉบับจริง พร้อมสำเนา
และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| 8. ทะเบียนบ้านผู้ปกครอง ฉบับจริง พร้อมสำเนา
และรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีไม่ใช่บิดา/มารดา) | จำนวน 1 ชุด |
| 9. เอกสารหลักฐานการชำระเงินผ่านทางธนาคาร | จำนวน 1 ชุด |
| 10. เอกสารสำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |
| 11. เอกสารการเปลี่ยนชื่อ-สกุล หรืออื่นๆ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |

หากผู้ปกครองนำเอกสาร/หลักฐาน รายงานตัวมาไม่ครบ ทางโรงเรียน จะไม่รับรายงานตัว

กำหนดการรายงานตัวนักเรียน และปฐมนิเทศนักเรียนและผู้ปกครอง ระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2565
ณ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์

1. รายงานตัวนักเรียน : วันเสาร์ที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2565

- | | |
|-----------------------|--|
| เวลา 12.30 – 13.00 น. | ลงทะเบียน และรับบัตรคิว (ระดับชั้น ม.4) |
| เวลา 13.00 – 16.00 น. | ตรวจเอกสาร/หลักฐาน และหลักฐานการชำระเงิน
นักเรียนพร้อมผู้ปกครองส่งเอกสารรายงานตัว
สั่งซื้อเครื่องแบบชุดนักเรียน และอุปกรณ์การเรียน |

ทั้งนี้ ผู้ปกครองต้องนำนักเรียนมารายงานตัวด้วยตนเอง ณ โรงเรียนสาธิต มศว องค์กรฯ สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา โดยนักเรียนแต่งกายชุดนักเรียน (ชุดโรงเรียนเดิม) หากท่านไม่มารายงานตัวตามวันและเวลาที่กำหนดจะถือว่าท่านละสิทธิ

2. การปฐมนิเทศนักเรียนและผู้ปกครอง ...(รายละเอียดจะแจ้งให้ทราบภายหลัง)

3. กำหนดการเรียนรู้ปรับพื้นฐานความรู้ และเพิ่มศักยภาพวิชาการ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 ระหว่างวันจันทร์ที่ 18 เมษายน - วันพฤหัสบดีที่ 12 พฤษภาคม 2565 เวลา 08.30 – 15.00 น. ณ โรงเรียนสาธิต มศว องค์กรฯ สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา

3.1 ข้อควรปฏิบัติ

- (1) ผู้ปกครองส่งนักเรียนก่อนเวลา 08.00 น. และรับกลับเวลา 15.00 น. อนุญาตให้ผู้ปกครองรับ-ส่งด้านหน้าอาคารมัธยมเท่านั้น หากมีเหตุจำเป็นกรุณาติดต่อห้องบริการการศึกษา (อาคารมัธยมศึกษา)
- (2) นักเรียนแต่งกายชุดสุภาพที่สามารถทำกิจกรรมได้สะดวก
- (3) นักเรียนนำเฉพาะสิ่งของที่โรงเรียนกำหนดมาเท่านั้น และไม่ควรนำสิ่งของมีค่ามาโรงเรียน

3.2 สิ่งของที่ต้องเตรียม

เครื่องเขียน และอุปกรณ์การเรียนส่วนตัว

4. เปิดภาคเรียนปีการศึกษา 2565 วันจันทร์ที่ 30 พฤษภาคม 2565

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข

- ◆ ฝ่ายประถมศึกษา : 02 - 649 5000 ต่อ 27605 , 063-9454758
- ◆ ฝ่ายมัธยมศึกษา : 02 - 649 5000 ต่อ 27613 , 083-2634653



ใบรายงานตัวนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565
สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์
หลักสูตรปกติ แผนการเรียน.....
สาขา.....

1. นักเรียนชื่อ(ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....นามสกุล.....เลขประจำตัว.....
 ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่

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

 (ระบุตามหนังสือเดินทาง ถ้ามี)

2. กรอกละขระจำตัวประชาชน (ที่ปรากฏในบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน)

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

3. หมายเลขหนังสือเดินทาง (Passport) (ถ้ามี)

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

 วันที่ออกหนังสือเดินทาง วันหมดอายุของหนังสือเดินทาง
 สถานะของหนังสือเดินทาง ☐ เล่มเดิม ☐ เล่มใหม่

4. เกิดวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี ศาสนา.....กรุปเลือด.....
 สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก. จำนวนพี่น้องที่เรียนอยู่.....คน
 คือ พี่..... คน น้อง..... คน
 โรคประจำตัว.....ยา/อาหารที่แพ้.....ยาที่ใช้รักษาประจำ.....

5. สำเร็จการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จากโรงเรียน.....
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....เกรดเฉลี่ย (GPA).....

6. เบอร์โทรศัพท์ของนักเรียน E-mail

7. ปัจจุบันนักเรียนพักอาศัยอยู่กับ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง (กรณีที่ไม่ใช่บิดา/มารดา)

8. ชื่อบิดา (นาย/อื่นๆ ระบุ).....เลขบัตรประชาชน
 ศาสนา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....รายได้ต่อเดือน.....
 สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
ที่อยู่ปัจจุบันของบิดา บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชื่อคอนโด.....ห้องที่.....ชั้นที่.....หมู่ที่.....
 ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์..... E-mail

9. ชื่อมารดา (นาง/นางสาว/อื่นๆ ระบุ).....เลขบัตรประชาชน
 ศาสนา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....รายได้ต่อเดือน.....
 สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
ที่อยู่ปัจจุบันของมารดา บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชื่อคอนโด.....ห้องที่.....ชั้นที่.....หมู่ที่.....
 ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์..... E-mail

10. ชื่อผู้ปกครองของนักเรียน (กรณีไม่ใช่บิดา/มารดา) (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ระบุ).....
 ศาสนา.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....รายได้ต่อเดือน.....
 สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....
ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ปกครอง บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชื่อคอนโด.....ห้องที่.....ชั้นที่.....หมู่ที่.....
 ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์..... E-mailเกี่ยวข้องกับนักเรียนเป็น.....

11. กรณีส่งเอกสารจากทางโรงเรียนให้ส่งถึงที่อยู่ของ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้ปกครอง (กรณีไม่ใช่บิดา/มารดา)

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ข้าพเจ้าขอทำใบรายงานตัวให้ไว้ต่อผู้อำนวยการสถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ บัดนี้ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....สมัครเข้าเป็นนักเรียนในโรงเรียนนี้ ข้าพเจ้าเห็นว่ามีความตั้งใจเล่าเรียน ข้าพเจ้าจึงรับเป็นผู้ปกครองและขอรับรองว่าจะคอยดักเตือนให้หมั่นศึกษาเล่าเรียนอยู่เสมอ ให้ประพฤติตนเป็นคนเรียบร้อยตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียน ทั้งจะเป็นผู้อุปถัมภ์ ในเรื่องค่าบำรุงการศึกษาและค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียนทุกประการ หากปรากฏว่านักเรียนในปกครองของข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียน ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามผลการพิจารณาตัดสินของโรงเรียนทุกประการ

ข้าพเจ้าขอมอบ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว)..... ให้เข้าเป็นนักเรียนของสถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
วันที่ เดือน พ.ศ.

คำรับรองของนักเรียน

ข้าพเจ้า (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....นักเรียนชั้น ม. ขอสัญญาว่าจะยึดมั่นในสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ และจะตั้งใจเรียน และประพฤติตนเป็นคนเรียบร้อยตามระเบียบข้อบังคับ ของโรงเรียนโดยเคร่งครัด หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของโรงเรียน ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามผลการพิจารณาตัดสินใจของโรงเรียนทุกประการ

ลงชื่อ.....นักเรียน
วันที่ เดือน พ.ศ.

(***กรุณากรอกเอกสารด้วยตัวบรรจงและครบถ้วน***)

----- (สำหรับเจ้าหน้าที่รับเอกสารรายงานตัว) -----

เอกสารรายงานตัว

- | | |
|--|-----------------------|
| ☐ 1. ใบรายงานตัวนักเรียน (พร้อมติดรูปถ่าย) | จำนวน 1 ฉบับ (4 หน้า) |
| ☐ 2. ระเบียบแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.1 : บ) ฉบับจริงพร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 3. บัตรประจำตัวประชาชนนักเรียน พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 4. ทะเบียนบ้านนักเรียนฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 5. บัตรประจำตัวประชาชนบิดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 6. บัตรประจำตัวประชาชนมารดา พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 7. ทะเบียนบ้านบิดาและมารดา ฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 8. ทะเบียนบ้านผู้ปกครอง ฉบับจริง พร้อมสำเนา และรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีไม่ใช่บิดา/มารดา) | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 9. เอกสารหลักฐานการชำระเงินผ่านทางธนาคาร | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 10. เอกสารสำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |
| ☐ 11. เอกสารการเปลี่ยนชื่อ-สกุล หรืออื่นๆ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) | จำนวน 1 ชุด |

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเอกสาร
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลด้านอื่นๆ เพิ่มเติม (นักเรียน)

1. ความถนัด/ความสามารถพิเศษ

- | | |
|---|--|
| ☐ ด้านสติปัญญา | ☐ ด้านความคิดสร้างสรรค์ |
| ☐ ด้านการใช้ภาษา | ☐ ด้านการเป็นผู้นำ |
| ☐ ด้านการสร้างงานทัศนศิลป์ | ☐ ด้านศิลปะการแสดง |
| ☐ ด้านดนตรี | ☐ ด้านกีฬา |
| ☐ ด้านอื่นๆ (ระบุ) _____ | |

2. ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการนักเรียน (โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง *กรณีมีประวัติให้แนบใบรับรองแพทย์*)

- ☐ ไม่มี

☐ สมาธิสั้น และหรือชน (Attemtopm Deficit hyperactivity Disorder) ADHD

☐ บกพร่องทางการเรียนรู้ (L.D.) ด้าน _____

☐ ออทิสติก (Autistic) ☐ แอสเพอร์เกอร์ (Asperger's Syndrome)

☐ บกพร่องทางการมองเห็น ☐ บกพร่องทางการได้ยิน

☐ บกพร่องทางสติปัญญา ☐ บกพร่องทางร่างกาย/สุขภาพ

☐ บกพร่องทางการพูด/ภาษา ☐ มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนรู้

☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

3. ชื่อยาที่แพ้ _____

4. ชื่ออาหารที่แพ้ _____

5. โรคประจำตัวนักเรียน_____

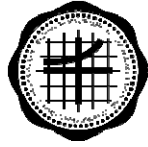
6. ความคิดเห็นเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของนักเรียนและข้อสังเกตที่พบ (โปรดกรอกอย่างละเอียด)

[illegible]

ลงชื่อผู้ให้ข้อมูล _____ ผู้ปกครอง

ข้อมูลด้านอื่นๆ เพิ่มเติม (บิดา – มารดา)

<u>ข้อมูลบิดา</u>	<u>ข้อมูลมารดา</u>
สถานที่ทำงาน..... เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ตำแหน่งการทำงาน..... รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ (เลือกอาชีพของบิดา) ☐ รับราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ นักธุรกิจ - ค้าขาย ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง ☐ พนักงาน/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐเกษียณ/พระ/นักบวช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	สถานที่ทำงาน..... เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ตำแหน่งการทำงาน..... รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ (เลือกอาชีพของมารดา) ☐ รับราชการ ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ นักธุรกิจ - ค้าขาย ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง ☐ พนักงาน/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐเกษียณ/นักบวช ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
<u>ความพิการ (บิดา)</u>	<u>ความพิการ (มารดา)</u>
☐ ไม่พิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางการได้ยิน ☐ ความพิการทางสติปัญญา ☐ ความพิการร่างกาย, สุขภาพ ☐ ความพิการทางการเรียนรู้ ☐ ความพิการทางการพูด, ภาษา ☐ ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ ☐ ความพิการทางออทิสติก ☐ ความพิการซ้ำซ้อน ☐ อื่นๆ (ระบุ)	☐ ไม่พิการ ☐ ความพิการทางการมองเห็น ☐ ความพิการทางการได้ยิน ☐ ความพิการทางสติปัญญา ☐ ความพิการร่างกาย, สุขภาพ ☐ ความพิการทางการเรียนรู้ ☐ ความพิการทางการพูด, ภาษา ☐ ความพิการทางพฤติกรรมและอารมณ์ ☐ ความพิการทางออทิสติก ☐ ความพิการซ้ำซ้อน ☐ อื่นๆ (ระบุ)
<u>สถานภาพ (บิดา)</u>	<u>สถานภาพ (มารดา)</u>
☐ มีชีวิต ☐ เสียชีวิต	☐ มีชีวิต ☐ เสียชีวิต
☐ อยู่ด้วยกัน ☐ อื่นๆ (ระบุ)	☐ อยู่ด้วยกัน ☐ อื่นๆ (ระบุ)
☐ หย่าร้าง	☐ หย่าร้าง
☐ แยกกันอยู่	☐ แยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง แต่อยู่ร่วมกัน	☐ หย่าร้าง แต่อยู่ร่วมกัน
☐ บิดาแต่งงานใหม่	☐ มารดาแต่งงานใหม่



สถาบันวิจัย พัฒนา
และสาธิตการศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ม.4

แพทย์เน้นภาษาอังกฤษ (Med-Eng)
(นักเรียนใหม่ – รอบ 2)

แนวทางการชำระเงิน ปฏิบัติดังนี้

☆ ค่าธรรมเนียมการศึกษา ค่าธรรมเนียมสมาคมผู้ปกครองและครู โอนเงินเข้าธนาคาร ดังนี้

1. (ส่วนที่ 1) ค่าธรรมเนียมการศึกษา เป็นเงิน 34,300 บาท

กำหนดชำระ ระหว่างวันที่ 22 - 29 มีนาคม 2565

ชื่อบัญชี : สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา

เลขบัญชี : 283 - 300045 - 9

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา มศว องค์กรักษ์

2. (ส่วนที่ 2) ค่าธรรมเนียมสมาคมผู้ปกครองและครู เป็นเงิน 55,600 บาท

กำหนดชำระ ระหว่างวันที่ 22 - 29 มีนาคม 2565

ชื่อบัญชี : สมาคมผู้ปกครองและครู โรงเรียนสาธิต มศว องค์กรักษ์

เลขบัญชี : 283 - 300044 - 1

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา มศว องค์กรักษ์

หมายเหตุ : 1. หากชำระเงินแล้ว ทางโรงเรียนขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

2. กรณีโอนเงินต่างสาขา/ต่างจังหวัด/ต่างธนาคาร ผู้ปกครองต้องรับผิดชอบค่าธรรมเนียมการโอนเอง

ประมาณการค่าใช้จ่ายหลักสูตร แพทย์เน้นภาษาอังกฤษ (Med-Eng) ประจำปีการศึกษา 2565

โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์

ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

ม.4 (นักเรียนใหม่ Med-Eng)

รายการ	อัตรา
ส่วนที่ 1 ค่าธรรมเนียมการศึกษา	34,300
1.1 ค่าใช้จ่ายส่วนตัว (ต่อปี)	13,200
1.1.1 ค่าอาหาร	10,000
1.1.2 ค่านม	2,400
1.1.3 ค่าประกันอุบัติเหตุ	300
1.1.4 ค่าบำรุงสระว่ายน้ำ	500
1.2 ค่าพัฒนาคุณภาพการศึกษาและกิจกรรมนักเรียน (ต่อปี)	21,000
1.2.1 ค่าเรียนคอมพิวเตอร์เทคโนโลยีสารสนเทศ	3,000
1.2.2 ห้องเรียนพิเศษด้านวิชาการและด้านอื่นๆ (วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น)	5,000
1.2.3 ค่าจ้างครูชาวต่างประเทศ	5,000
1.2.4 ค่าจ้างครูที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะ	5,000
1.2.5 ค่าใช้จ่ายในการไปทัศนศึกษาตามแหล่งเรียนรู้ของนักเรียน	3,000
1.3 ค่าธรรมเนียมทั่วไป	100
1.3.1 ค่าบัตรประจำตัวนักเรียน	100
1.3.2 ค่าบัตรรับ-ส่งนักเรียน	-
1.3.3 ค่าออกหนังสือสำคัญ (ตั้งแต่ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป)	(20.00)
1.3.4 ค่าสมุดรายงานผลการเรียน (ทดแทนที่ทำหาย)	(200.00)
ส่วนที่ 2 ค่าธรรมเนียมสมาคมผู้ปกครองและครูฯ	55,600
2.1 ค่าธรรมเนียมสมาคมฯ	20,600
2.1.1 ค่าลงทะเบียน (เรียกเก็บครั้งเดียว)	100
2.1.2 ค่าพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการเรียนรู้ (เรียกเก็บครั้งเดียว)	5,000
2.1.3 ค่าบำรุงสมาคมรายปี	500
2.1.4 ค่าสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ	5,000
2.1.5 ค่าสนับสนุนการเรียนภาษาต่างประเทศและผู้เชี่ยวชาญ	6,000
2.1.6 ค่าสื่อและเทคโนโลยีการสอน	2,000
2.1.7 ค่าบำรุงสาธารณูปโภคและอื่นๆ	2,000
2.2 ค่าใช้จ่ายของนักเรียน	35,000
2.2.1 ค่าหนังสือเรียน	1,500
2.2.2 ค่าสนับสนุนกิจกรรมประจำปี	1,500
2.2.3 ค่ากิจกรรมปรับความรู้พื้นฐาน/กิจกรรมภาคฤดูร้อน	5,000
2.2.4 ค่าพัฒนาทักษะวิชาชีพเฉพาะสำหรับระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	7,000
2.2.5 ค่าจัดการหลักสูตรวิทย์-คณิต (แพทย์ เน้นอังกฤษ)	20,000
2.2.6 ค่าจัดการหลักสูตร Super Sci-Eng	-
รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น	89,900

สำหรับชำระเงิน
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมการศึกษา ปีการศึกษา 2565
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4
(หลักสูตรปกติ แพทย์ เน้นภาษาอังกฤษ Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)
รหัสประจำตัวสอบ (Ref.1) 0000
ระดับชั้น (Ref.2) 024



สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา
บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300045 - 9 (Bill Payment) (สถานศึกษา)
(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 22 - 29 มีนาคม 2565)

เช็ค/Cheque เงินสด/Cash

ชื่อนาการ-สาขา / Bank - Branch	หมายเลขเช็ค /Cheque No.	จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)
		34,300.00
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words	สามหมื่นสี่พันสามร้อยบาทถ้วน	
กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อนาการได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น		
ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by โทรศัพท์/Telephone	สำหรับเจ้าหน้าที่	
	ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ	

สำหรับธนาคาร
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมการศึกษา ปีการศึกษา 2565
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4
(หลักสูตรปกติ แพทย์ เน้นภาษาอังกฤษ Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)
รหัสประจำตัวสอบ (Ref.1) 0000
ระดับชั้น (Ref.2) 024



สถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา
บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300045 - 9 (Bill Payment) (สถานศึกษา)
(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 22 - 29 มีนาคม 2565)

เช็ค/Cheque เงินสด/Cash

ชื่อนาการ-สาขา / Bank - Branch	หมายเลขเช็ค /Cheque No.	จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)
		34,300.00
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words	สามหมื่นสี่พันสามร้อยบาทถ้วน	
กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อนาการได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น		
ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by โทรศัพท์/Telephone	สำหรับเจ้าหน้าที่	
	ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ	

PAY IN BANK เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินฉบับนี้ไปชำระได้ตามธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ทุกสาขาทั่วประเทศ

สำหรับผู้ชำระเงิน

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch

วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมสมาคมฯ ปีการศึกษา 2565

ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

(หลักสูตรแพทย์ เน้นภาษาอังกฤษ Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล

รหัสประจำตัวผู้สอบ (Ref.1) 0-0-0-0

ระดับชั้น (Ref.2) 024



สมาคมผู้ปกครองและครูโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์

บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300044 - 1 (Bill Payment) (10/10) (สถานศึกษา)

(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 22 - 29 มีนาคม 2565)

เช็ค/Cheque

เงินสด/Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา / Bank - Branch

หมายเลขเช็ค /Cheque No.

จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)

55,600.00

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words

ห้าหมื่นห้าพันหกร้อยบาทถ้วน

กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by

โทรศัพท์/Telephone

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ

สำหรับธนาคาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขา/Branch

วันที่/Date

ค่าธรรมเนียมสมาคมฯ ปีการศึกษา 2565

ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

(หลักสูตรแพทย์ เน้นภาษาอังกฤษ Med-Eng)

ชื่อ-นามสกุล

รหัสประจำตัวผู้สอบ (Ref.1) 0-0-0-0

ระดับชั้น (Ref.2) 024



สมาคมผู้ปกครองและครูโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์

บมจ.ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 283 - 300044 - 1 (Bill Payment) (10/10) (สถานศึกษา)

(ชำระเงิน : ระหว่างวันที่ 22 - 29 มีนาคม 2565)

เช็ค/Cheque

เงินสด/Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา / Bank - Branch

หมายเลขเช็ค /Cheque No.

จำนวนเงิน(บาท)/Amount(Baht)

55,600.00

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words

ห้าหมื่นห้าพันหกร้อยบาทถ้วน

กรณีนำฝากด้วยเช็ค จะมีผลสมบูรณ์ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือเรียกเก็บเงินตามเช็คได้ถูกต้องครบถ้วนและนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by

โทรศัพท์/Telephone

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ

PAY IN BANK เพื่อความสะดวกของท่าน กรุณานำใบแจ้งการชำระเงินฉบับนี้ไปชำระได้ตามธนาคารที่ระบุไว้ข้างต้น ทุกสาขาทั่วประเทศ