



อว ๐๖๐๑.๐๕๐๘/

โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง(ฝ่ายมัธยม)
หัวหมาก บางกะปิ กรุงเทพฯ ฯ ๑๐๒๔๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง การจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ ค่าเครื่องแบบ และค่าหนังสือ โครงการเรียนฟรี ๑๕ ปี ประจำปีภาค ๑/๖๒ และ ๒/๖๒
เรียน ผู้ปกครองนักเรียนระดับชั้น ม.๑
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับภาคเรียนที่ ๑ และ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒

ตามที่ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง (ฝ่ายมัธยม) ดำเนินการจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ ค่าเครื่องแบบ และ
ค่าหนังสือ โครงการเรียนฟรี ๑๕ ปี (สำหรับนักเรียนผู้ขอใช้สิทธิ์) นั้น ทางโรงเรียน ฯ ขอแจ้งให้มารับเงิน รายละเอียดดังนี้

ระดับชั้น	ภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๒				ภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๒		รวมเป็นเงิน ทั้งสิ้น
	ค่าอุปกรณ์	ค่าเครื่อง- แบบ นร.	ค่าหนังสือ	รวมเป็น เงิน	ค่าอุปกรณ์	รวมเป็นเงิน	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑	๒๑๐	๔๕๐	๓๖๔	๑,๔๒๔	๒๑๐	๒๑๐	๑,๖๓๔
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๒	๒๑๐	๔๕๐	๘๗๗	๑,๕๓๗	๒๑๐	๒๑๐	๑,๗๔๗
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓	๒๑๐	๔๕๐	๙๔๙	๑,๖๐๙	๒๑๐	๒๑๐	๑,๘๑๙

ทางโรงเรียน ฯ ขอแจ้งให้มารับเงินตามรายละเอียดข้างต้น ตั้งแต่วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ยกเว้น วันหยุดราชการ และนักชดถกซ์ ณ ห้องงานคลังและพัสดุ อาคาร DS ๓ ชั้น ๑ หากเกินวันที่กำหนด และนักเรียนที่ใช้สิทธิ์ไม่มารับเงินคืน ทางงานคลังและพัสดุฯ จะดำเนินการส่งเงินคืนรัฐบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศีกฤทธิ์ สีลาฉาย)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนสาธิต
มหาวิทยาลัยรามคำแหง ฝ่ายมัธยม
(ผู้อำนวยการ)

โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง (ฝ่ายมัธยม) โทร. ๐๒-๓๑๐๘๔๕๕

ฉีก

แบบตอบรับเงินโครงการเรียนฟรี ๑๕ ปี

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ผู้ปกครองของ (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.)
.....รหัสนักเรียน.....ชั้น ม.....ห้อง.....ประสงค์ให้ (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.)
.....เป็นผู้รับเงิน ค่าอุปกรณ์การเรียน และค่าเครื่องแบบ นร. และหนังสือ ตามนโยบายเรียน
ฟรี ๑๕ ปี ประจำปีภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๒ จำนวน ๑,๔๒๔ บาท

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
วันที่.....

หมายเหตุ กรุณาถ่ายสำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องภาคเรียนละ ๑ ฉบับ

ฉีก

แบบตอบรับเงินโครงการเรียนฟรี ๑๕ ปี

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....ผู้ปกครองของ (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.)
.....รหัสนักเรียน.....ชั้น ม.....ห้อง.....ประสงค์ให้ (ด.ช./ด.ญ./นาย/น.ส.)
.....เป็นผู้รับเงิน ค่าอุปกรณ์การเรียน ตามนโยบายเรียนฟรี ๑๕ ปี ประจำปีภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๒
จำนวน ๒๑๐ บาท

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
วันที่.....

หมายเหตุ กรุณาถ่ายสำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง ภาคเรียนละ ๑ ฉบับ