



อว ๐๖๐๑.๐๕๐๘/

โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง(ฝ่ายมัธยม)
หัวหมาก บางกะปิ กรุงเทพฯ ๑๐๒๔๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง การจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ และค่าเครื่องแบบ และค่าหนังสือ โครงการเรียนฟรี ๑๕ ปี ประจำปีภาค ๑/๖๒ และ ๒/๖๒
เรียน ผู้ปกครองนักเรียนระดับชั้น ม.๕
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับภาคเรียนที่ ๑ และ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๒

ตามที่โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง (ฝ่ายมัธยม) ดำเนินการจ่ายเงินค่าอุปกรณ์ ค่าเครื่องแบบ และ
ค่าหนังสือโครงการเรียนฟรี ๑๕ ปี (สำหรับนักเรียนผู้ใช้สิทธิ์) นั้น ทางโรงเรียน ฯ ขอแจ้งให้มารับเงิน รายละเอียดดังนี้

ระดับชั้น	ภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๒				ภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๒		รวมเป็นเงิน ทั้งสิ้น
	ค่าอุปกรณ์	ค่าเครื่อง- แบบ นร.	ค่าหนังสือ	รวมเป็น เงิน	ค่าอุปกรณ์	รวมเป็นเงิน	
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔	๒๓๐	๕๐๐	๑,๓๑๘	๒,๐๔๘	๒๓๐	๒๓๐	๒,๒๗๘
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕	๒๓๐	๕๐๐	๑,๒๖๓	๑,๙๙๓	๒๓๐	๒๓๐	๒,๒๒๓
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖	๒๓๐	๕๐๐	๑,๑๐๙	๑,๘๓๙	๒๓๐	๒๓๐	๒,๐๖๙

ทางโรงเรียน ฯ ขอแจ้งให้มารับเงินตามรายละเอียดข้างต้น ชำรงต้น ตั้งแต่วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ถึง
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓ ตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ยกเว้น วันหยุดราชการ และนักชดถุกษ์ ณ ห้องงานคลังและ
พัสดุ อาคาร DS ๓ ชั้น ๑ หากเกินวันที่กำหนด และนักเรียนที่ใช้สิทธิ์ไม่มารับเงินคืน ทางงานคลังและพัสดุฯ จะดำเนินการ
ส่งเงินคืนรัฐบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศีกฤทธิ ศิลาฉาย)
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.และค่าหนังสือ ตามนโยบายเรียน
ฟรี ๑๕ ปี ประจำปีภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๒ จำนวน ๑,๙๙๓ บาท

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
วันที่.....

หมายเหตุ กรุณาถ่ายสำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง ๑ ฉบับ (ภาคเรียนละ 1 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 ๒๓๐ บาท

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
วันที่.....

หมายเหตุ กรุณาถ่ายสำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง ๑ ฉบับ (ภาคเรียนละ 1 ฉบับ)