



## ใบชำระเงิน ภาคการศึกษา 2

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง กรุงเทพฯ

333 หมู่ 1 ต.ท่าสูด อ.เมือง จ.เชียงราย

ชื่อ-สกุล.....

ภาษาอังกฤษ.....

เลขที่บัตรประชาชน.....เลขที่ใบ...(กรณีแพทย์).....

ที่อยู่.....

มือถือ..... e mail.....

ชำระค่าธรรมเนียมนักศึกษา

ชำระ 90,000 บาท

**Certificate Fellowship in Dermatology**

**Certificate Fellowship in Anti-aging Regenerative Medicine**

ชำระ 60,000 บาท

**Certificate Fellowship in Anti-aging Regenerative Science**

.....

