



ประกาศโรงเรียนเซนต์คาเบรียล

ที่ ๓๑/๒๕๖๒

เรื่อง ลดค่าธรรมเนียมการเรียนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส(COVID-๑๙)

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันในทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (Coronavirus Disease ๒๐๑๙; COVID-๑๙) และมีผู้ติดเชื้อไวรัส(COVID-๑๙)เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กรณีดังกล่าวทำให้ทางรัฐบาลได้ออกประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๔๘ ตั้งแต่วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไป เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ทั้งนี้ ได้มีการปิดสถานที่เกือบทุกแห่งทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นสถาบันการศึกษา สถานประกอบการต่างๆ ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชนโดยทั่วกัน เช่น มีการเลิกจ้างพนักงาน ลดเงินเดือนพนักงาน ฯลฯ เป็นต้น ทำให้ประชาชนมากมายขาดรายได้ ซึ่งทางรัฐบาลก็ได้ออกมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบมาอย่างต่อเนื่องตามที่ทราบอยู่แล้วนั้น

จากข้างต้นที่กล่าวมานั้น โรงเรียนเซนต์คาเบรียล ได้ตระหนักถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและอาจจะมีผลกระทบกับท่านผู้ปกครองของนักเรียนโรงเรียนเซนต์คาเบรียลทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้การดำเนินการจัดมาตรการช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองอันมีผลมาจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส(Coronavirus Disease ๒๐๑๙; COVID-๑๙) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

อาศัยความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ปรึกษาผู้อำนวยการโรงเรียนเซนต์คาเบรียล เมื่อคราวประชุม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๓ จึงประกาศลดค่าธรรมเนียมการเรียนทุกระดับชั้น ๓๐% (ค่าธรรมเนียมการศึกษาและค่าธรรมเนียมอื่น)ของภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๓ รวมถึงนักเรียนใหม่ทุกคนที่จะเข้าเรียนในปีการศึกษา ๒๕๖๓

อนึ่ง กรณีที่ผู้ปกครองได้ชำระเงินค่าธรรมเนียมการเรียนไปแล้ว ให้ผู้ปกครองติดต่อรับเงินคืนส่วนลดค่าธรรมเนียมดังกล่าวได้ในช่วงเปิดภาคเรียน ปีการศึกษา ๒๕๖๓ ที่ ฝ่ายการเงินของโรงเรียน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๓

(ภราดา ดร.มณฑล ประทุมราช)

ผู้อำนวยการโรงเรียนเซนต์คาเบรียล





โรงเรียนเซนต์คาเบรียล
ตารางอัตราลดค่าธรรมเนียมการเรียนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัส (COVID-๑๙)
ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ระดับชั้นประถมศึกษา	จำนวนเงิน (บาท)	ลด ๓๐% (บาท)	ยอดเงินชำระ (บาท)
ป.๑	๕๔,๗๕๐.๐๐	๑๖,๔๒๕.๐๐	๓๘,๓๒๕.๐๐
ป.๒	๔๓,๒๕๐.๐๐	๑๒,๙๗๕.๐๐	๓๐,๒๗๕.๐๐
ป.๓	๔๓,๙๕๐.๐๐	๑๓,๑๘๕.๐๐	๓๐,๗๖๕.๐๐
ป.๔	๔๒,๗๕๐.๐๐	๑๒,๘๒๕.๐๐	๒๙,๙๒๕.๐๐
ป.๔ พสวค.	๕๒,๗๕๐.๐๐	๑๕,๘๒๕.๐๐	๓๖,๙๒๕.๐๐
ป.๕	๓๙,๗๕๐.๐๐	๑๑,๙๒๕.๐๐	๒๗,๘๒๕.๐๐
ป.๕ พสวค.	๔๙,๗๕๐.๐๐	๑๔,๙๒๕.๐๐	๓๔,๘๒๕.๐๐
ป.๖	๓๙,๗๕๐.๐๐	๑๑,๙๒๕.๐๐	๒๗,๘๒๕.๐๐
ป.๖ พสวค.	๔๙,๗๕๐.๐๐	๑๔,๙๒๕.๐๐	๓๔,๘๒๕.๐๐

ระดับชั้นมัธยมศึกษา	จำนวนเงิน (บาท)	ลด ๓๐% (บาท)	ยอดเงินชำระ (บาท)
ม.๑	๔๕,๒๐๐.๐๐	๑๓,๕๖๐.๐๐	๓๑,๖๔๐.๐๐
ม.๑ พสวค.	๕๐,๒๐๐.๐๐	๑๕,๐๖๐.๐๐	๓๕,๑๔๐.๐๐
ม.๒	๔๐,๒๐๐.๐๐	๑๒,๐๖๐.๐๐	๒๘,๑๔๐.๐๐
ม.๒ พสวค.	๕๐,๒๐๐.๐๐	๑๕,๐๖๐.๐๐	๓๕,๑๔๐.๐๐
ม.๓	๔๐,๒๐๐.๐๐	๑๒,๐๖๐.๐๐	๒๘,๑๔๐.๐๐
ม.๓ พสวค.	๕๐,๒๐๐.๐๐	๑๕,๐๖๐.๐๐	๓๕,๑๔๐.๐๐
ม.๔	๓๕,๓๐๐.๐๐	๑๐,๕๙๐.๐๐	๒๔,๗๑๐.๐๐
ม.๕	๓๕,๓๐๐.๐๐	๑๐,๕๙๐.๐๐	๒๔,๗๑๐.๐๐
ม.๖	๓๕,๘๐๐.๐๐	๑๐,๗๔๐.๐๐	๒๕,๐๖๐.๐๐



โรงเรียนเซนต์คาเบรียล Saint Gabriel's College

565 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

ส่วนที่ 1 สำหรับธนาคาร

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขาผู้รับฝาก วันที่

ภาคเรียนที่ ปีการศึกษา

ใบแจ้งการชำระค่าเล่าเรียนนักเรียน / Bill Payment

เพื่อเข้าบัญชี โรงเรียนเซนต์คาเบรียล



บมจ. ธนาคารกรุงเทพ Service Code: SGB (10/20 บาท)



บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ : 158-3-00030-5 (Bill Payment) (10/20 บาท)



บมจ. ธนาคารกรุงศรี Comp Code: 53966 (10/20 บาท)

ชื่อนักเรียน / Name

เลขประจำตัว (CUST.NO.)

ชั้น/ห้อง (REF.NO.) ระดับชั้น.....ห้อง.....

รับเฉพาะเงินสดเท่านั้น CASH ONLY

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)	จำนวนเงิน (ตัวเลข)	-
-------------------------	-------	-----------------------	-------	---

ผู้นำฝาก/โทร.

ผู้รับเงิน

หมายเหตุ นำส่วนที่ 2 ไปรับใบเสร็จฯ ที่โรงเรียนเซนต์คาเบรียล (1 สัปดาห์ หลังจากชำระเงิน)



โรงเรียนเซนต์คาเบรียล Saint Gabriel's College

565 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้ปกครอง

โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน

สาขาผู้รับฝาก วันที่

ภาคเรียนที่ ปีการศึกษา

ใบแจ้งการชำระค่าเล่าเรียนนักเรียน / Bill Payment

เพื่อเข้าบัญชี โรงเรียนเซนต์คาเบรียล



บมจ. ธนาคารกรุงเทพ Service Code: SGB (10/20 บาท)



บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ : 158-3-00030-5 (Bill Payment) (10/20 บาท)



บมจ. ธนาคารกรุงศรี Comp Code: 53966 (10/20 บาท)

ชื่อนักเรียน / Name

เลขประจำตัว (CUST.NO.)

ชั้น/ห้อง (REF.NO.) ระดับชั้น.....ห้อง.....

รับเฉพาะเงินสดเท่านั้น CASH ONLY

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)	จำนวนเงิน (ตัวเลข)	-
-------------------------	-------	-----------------------	-------	---

ผู้นำฝาก/โทร.

ผู้รับเงิน

หมายเหตุ นำส่วนที่ 2 ไปรับใบเสร็จฯ ที่โรงเรียนเซนต์คาเบรียล (1 สัปดาห์ หลังจากชำระเงิน)