



ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก
สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง).....

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)

ต่ออายุสมาชิกวารสาร เล่มที่ ปี.....

ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร) เลขที่ ถนน.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก..... E-mail

สมาชิกวารสารใหม่ มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารมีกำหนด

เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ ปี พ.ศ. ถึงฉบับที่ ปี พ.ศ.

อัตราค่าสมาชิก ปีละ 2 เล่มๆ ละ 150บาท (ราคาปรับเริ่มตั้งแต่ ตุลาคม 2560)

1 ปี 300 บาท (2 เล่ม) 2 ปี 600 บาท (4 เล่ม) 3 ปี 900 บาท (6 เล่ม)

(ออกปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่1: มกราคม - มิถุนายน, ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม - ธันวาคม)

<p>ชำระค่าสมัคร <input type="checkbox"/> เงินสดให้กับเจ้าหน้าที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> เข้าบัญชีออมทรัพย์</p> <p>โดยน.ส.ดวงกมล วัตราคุลย์ พ.ต.อ.หญิงปัทมา พิระพันธ์ุ และน.ส.วิภาวรรณ บัวสรวง เลขที่บัญชี 045-534018-6 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย</p> <p>จำนวนเงินบาท (.....)</p> <p>ลายเซ็นผู้สมัคร</p> <p>วันที่ เดือน พ.ศ.....</p>	<p>แนบสำเนาใบสมัครและ หลักฐานการชำระเงิน (ใบสลิปการโอนเงินธนาคาร) ส่งมาที่ : ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราคุลย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 *ไม่รับสมัครสมาชิกวารสารทางธนาณัติ*</p>
---	--

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น	
ได้ให้วารสารไปแล้ว ณ วันสมัคร	=====
<input type="checkbox"/> ให้แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้	จำนวนเงิน บาท (.....)
เล่มปี พ.ศ. ฉบับที่	รหัสธนาคาร ว/ด/ป
<input type="text"/>	ออกใบเสร็จเลขที่ เล่มที่
<input type="text"/>	รวมหนังสือที่ได้รับแล้ว เล่ม
<input type="text"/>	ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ
<input type="text"/>	หมายเหตุ
※ เริ่มต้นที่เล่ม ※	=====
พ.ศ. / ฉบับที่	
<input type="text"/>	<input type="text"/>