



ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก  
สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง).....  
เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) .....  
ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร) เลขที่ ..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ / เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก..... E-mail .....

สมาชิกวารสารใหม่

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

ต่ออายุสมาชิกวารสาร

อัตราค่าสมาชิก ปีละ 2 เล่มๆ ละ 300บาท (เริ่มตั้งแต่ กรกฎาคม 2566)

1 ปี 600.-บาท ( 2 เล่ม)     2 ปี 1,200.- บาท ( 4 เล่ม)     3 ปี 1,800 บาท ( 6 เล่ม)

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

ชำระค่าสมัคร  เงินสดให้กับเจ้าหน้าที่.....

เข้าบัญชีออมทรัพย์

โดยน.ส.ดวงกมล วัตราดุลย์ พ.ต.อ.หญิงปัทมา พิระพันธ์ุ

และน.ส.วิภาวรรณ บัวสรวง

เลขที่บัญชี 045-534018-6

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย

จำนวนเงิน .....บาท

(.....)

ลายเซ็นผู้สมัคร

กรุณาแนบสำเนาใบสมัครและหลักฐานการชำระเงิน  
(ใบสลิปการโอนเงินธนาคาร)

ส่งมาที่ : ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์

สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)

เลขที่ 74 ถ.ติวานนท์ ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี

11000

โทร: 089-4952453, 086-3081885 และส่งมาทาง

E-mail: d\_wattradul@yahoo.com

\*ไม่รับสมัครสมาชิกวารสารทางออนไลน์\*

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น

ได้ให้วารสารไปแล้ว ณ วันสมัคร

ให้แล้ว

ไม่ได้ให้

เล่มปี พ.ศ.

ฉบับที่

เล่มปี พ.ศ.

ฉบับที่

※ เริ่มต้นที่เล่ม ※

พ.ศ. .... / ฉบับที่ .....

--	--	--	--	--	--	--	--

=====
จำนวนเงิน ..... บาท (.....)
รหัสธนาคาร ..... ว/ด/ป .....
ออกใบเสร็จเลขที่ ..... เล่มที่ .....
รวมหนังสือที่ได้รับแล้ว ..... เล่ม
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ .....
หมายเหตุ .....
.....
=====