|  |
| --- |
| **ใบสมัครสมาชิก**  **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย**  **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice** |

**ประเภท**  ( ) บุคคล (นางสาว/นาง/นาย) ……………..…………… นามสกุล ……..………………… เลขที่สมาชิกสมาคม ………………

( ) หน่วยงาน/ บริษัท (ระบุ) …………….………………………..…..………………………..………………………..……………………….

**มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ดังนี้**

**กำหนดออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ** **ฉบับที่ 1** (มกราคม-มิถุนายน) **ฉบับที่ 2** (กรกฎาคม-ธันวาคม)

**สมัครเป็นสมาชิก** มีกำหนด ………. ปี เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ ….… พ.ศ. ………....….. ถึง ฉบับที่ ……. พ.ศ. ….....…..…..

**อัตราค่าสมาชิก**

สมาชิกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)/วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงแห่งประเทศไทย

( ) 1 ปี 300 บาท ( ) 3 ปี 800 บาท ( ) 5 ปี 1,200 บาท

บุคคลทั่วไป

( ) 1 ปี 400 บาท ( ) 3 ปี 1,000 บาท ( ) 5 ปี 1,500 บาท

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าได้ส่งค่าสมาชิกจำนวน ………....………………... บาท มาชำระพร้อมนี้แล้ว โดย

( ) เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สภาการพยาบาล)

( ) เงินสด โอนเงินเข้า**บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน**)

ชื่อบัญชี **สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (วารสาร)** เลขที่ **142-019768-1**

**ขอให้จัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ ที่บ้าน หรือ ที่ทำงาน (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง) ดังนี้**

|  |
| --- |
| **ที่บ้าน**  ชื่อ …………………………………………….………………..….. นามสกุล ……………………………….…………………………….………..  บ้านเลขที่ ……………… หมู่ที่ ………… ถนน ……..………………………………………. ตำบล ……………………………….…………  อำเภอ …………..……………………………………….จังหวัด .………………………………. รหัสไปรษณีย์ ………………………………. |
| **ที่ทำงาน**  ชื่อ ………………………….………………….. นามสกุล ……………………………………หน่วยงาน ..........................................................  แผนก.......................................………เลขที่..............หมู่ที่......... ถนน…………………………………….ตำบล ...................................  อำเภอ.................................................จังหวัด..............................................รหัสไปรษณีย์......................................... |

**ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการชำระเงิน ด้วยตัวเองหรือส่งทางไปรษณีย์ไปที่ สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) อาคารนครินทรศรี ในกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และสามารถ Download ใบสมัครสมาชิก วารสาร และแบบชำระเงินทางธนาคารได้ที่** [**http://www.apnathai.org/journal/index.php**](http://www.apnathai.org/journal/index.php)

**โทรศัพท์, โทรสาร 02-1495635 มือถือ 081 - 9556655**