

ใบสมัครสมาชิก
วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย
Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

ประเภท () บุคคล (นางสาว/นาง/นาย) นามสกุล เลขที่สมาชิกสมาคม

() หน่วยงาน/ บริษัท (ระบุ)
 ที่อยู่.....
 e-mail: โทรศัพท์..... มือถือ.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ดังนี้

กำหนดวาระการออกวารสาร (ปีละ ๒ ฉบับ)

ฉบับที่ ๑ () มกราคม-มิถุนายน ฉบับที่ ๒ () กรกฎาคม-ธันวาคม

สมัครเป็นสมาชิก มีกำหนด ปี เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ปี..... ถึงฉบับที่ปี.....

ค่าสมาชิกสำหรับสมาชิกสมาคม APN /วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

() ๑ ปี ๓๐๐ บาท () ๓ ปี ๘๐๐ บาท () ๕ ปี ๑,๒๐๐ บาท

ค่าสมาชิกสำหรับผู้ไม่ใช่สมาชิกสมาคม APN /วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

() ๑ ปี ๔๐๐ บาท () ๓ ปี ๑,๐๐๐ บาท () ๕ ปี ๑,๕๐๐ บาท

ข้าพเจ้าได้ส่งค่าสมาชิกจำนวน บาท มาชำระพร้อมนี้แล้ว โดย

- () เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สภากาชาดพยาบาล)
 () เงินสด โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

ชื่อบัญชี **สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (วารสาร) บัญชีเลขที่ ๑๔๒-๐๑๙๗๖๘-๑**

ขอให้ผู้รับผิดชอบจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ 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
.....	

ส่งใบสมัครวารสารด้วยตัวเอง หรือส่งทางไปรษณีย์ ที่

สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

สภากาชาดพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ในกระทรวงสาธารณสุข

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

และสามารถ Download ใบสมัครสมาชิกวารสารและแบบชำระเงินทางธนาคารได้ที่เว็บไซต์

<http://www.apnathai.org/journal/index.php> โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒-๑๔๙๕๖๓๕