ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก
สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) .....

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย .....

☐ **ต่ออายุสมาชิกวารสารเล่มที่** .....**ปี** .....

ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร) เลขที่ ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก ..... E-mail .....

☐ **สมาชิกวารสารใหม่ มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารมีกำหนด** ..... **ปี**

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

อัตราค่าสมาชิก (ปีละ 2 เล่มๆ ละ 100 บาท (ราคาปรับเริ่มตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ.2558)

☐ 1 ปี 200 บาท (2 เล่ม) ☐ 2 ปี 400 บาท (4 เล่ม) ☐ 3 ปี 600 บาท (6 เล่ม)

(ออกปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1: มกราคม-มิถุนายน, ฉบับที่ 2: กรกฎาคม-ธันวาคม)

ชำระค่าสมัคร ☐ เงินสดให้กับเจ้าหน้าที่.....

☐ เข้าบัญชีออมทรัพย์

โดย น.ส.ดวงกมล วัตราดุลย์ พตท. หญิง ปัทมา พีระพันธุ์

และ น.ส.วิภาวรรณ บัวสรวง

เลขที่บัญชี 045-534018-6

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย

จำนวนเงิน ..... บาท (.....)

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

กรุณาแนบสำเนาใบสมัครและ

หลักฐานการชำระเงิน (ใบสลิปการโอนเงินธนาคาร)

ส่งมาที่ : ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

***ไม่รับสมัครสมาชิกวารสารทางธนาณัติ**

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น

ได้ให้วารสารไปแล้ว ณ วันสมัคร

☐ ให้แล้ว ☐ ไม่ได้ให้

เล่มปี พ.ศ. ฉบับที่

เล่มปี พ.ศ. ฉบับที่

ꕥ เริ่มต้นที่เล่ม ꕥ

พ.ศ. ...../ฉบับที่.....

จำนวนเงิน ..... บาท (.....)

รหัสธนาคาร .....ว/ด/ป .....

ออกใบเสร็จเลขที่ .....เล่มที่ .....

รวมหนังสือที่ได้รับแล้ว ..... เล่ม

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ .....

หมายเหตุ .....

.....