

ใบสมัคร

เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สมัครและที่อยู่ (สำหรับส่งวารสารได้ถึงมือผู้รับ)

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....

สมัครใหม่ ต่ออายุวารสาร โปรดระบุ ปี พ.ศ......

ที่อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ กำหนดการออกปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1 ปี ค่าสมาชิก 300.00 บาท (3 เล่ม)

2 ปี ค่าสมาชิก 600.00 บาท (6 เล่ม)

การชำระเงิน ชำระโดย เงินสด ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

อนุมัติสั่งจ่าย ในนาม **สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**
สั่งจ่าย ณ **ที่ทำการไปรษณีย์ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข**

โอนเงินสดผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี : **สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**

เลขที่บัญชี : **340-202333-5**

(ขอให้ส่งหลักฐานการโอนเงิน แนบมาพร้อมใบสมัคร ทุกครั้ง)

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร./โทรสาร. 0-2590-1834 , www.tnaph.org, e-mail : n.tnaph@gmail.com