



ใบชำระค่าธรรมเนียมการลงทะเบียนออนไลน์
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นางสาว/นาง/ อื่นๆ).....
ที่อยู่จัดส่งเอกสาร.....บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....Email:

ออกใบเสร็จในนาม

ประเภท บุคคล หน่วยงาน

มีความประสงค์จะ

ค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ
 เป็นเงิน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน)

ประเภทบทความ วิชาการ วิจัย

เรื่อง.....
.....
.....

ชื่อผู้เขียนทั้งหมด

โดยได้ชำระเป็น

1. โอนเงิน

ชื่อบัญชี : สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ธนาคาร : ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี : 340-202333-5

สาขา : งามวงศ์วาน ประเภท : ออมทรัพย์

ลงนามผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: หากท่านชำระเงินแล้ว ให้ส่งหลักฐานมายัง e-mail: n.tnaph@gmail.com

มายังที่อยู่ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7 ถ.ติวานนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ติดต่อสอบถาม: โทร. 02- 590-1834 หรือ e-mail: n.tnaph@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

บทความปีที่.....ฉบับที่.....