

ใบสมัครสมาชิก “วารสารหมออนามัย”

ใบสั่งซื้อหนังสือ “บันทึกชีวิตหมออนามัย”

สมัครสมาชิก “วารสารหมออนามัย” ขอสั่งซื้อหนังสือ “บันทึกชีวิตหมออนามัย”

สถานที่จัดส่ง.....

(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มือถือ.....

1. ขอสมัครสมาชิกวารสารหมออนามัย

ประเภทบุคคล (1 ปี 6 เล่ม 300 บาท)

ประเภทหน่วยงาน/องค์กร (1 ปี 6 เล่ม 400 บาท)

นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล/วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

(1 ปี 6 เล่ม 250 บาท) (ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษาไปด้วย)

ออกใบเสร็จในนาม (บุคคล/หน่วยงาน)

สมัครสมาชิก.....ปี เริ่มสมัครตั้งแต่ ฉบับที่.....ปีที่..... (ถ้าไม่ระบุจะเริ่มฉบับปัจจุบัน)

2. สั่งซื้อหนังสือ “บันทึกชีวิตหมออนามัย”

ลำดับ	หนังสือ	ราคาปก	จำนวน (เล่ม)	เป็นเงิน (บาท)
1.	บันทึกชีวิตหมออนามัย เล่ม 1	120		
2.	บันทึกชีวิตหมออนามัย เล่ม 2	120		
รวมทั้งสิ้น				

ออกใบเสร็จในนาม (บุคคล/หน่วยงาน).....

ชำระค่าสมัครสมาชิกวารสารหมออนามัย/ค่าหนังสือ “บันทึกชีวิตหมออนามัย”

เป็นธนาคณ์ติ/ตัวแลกเงิน

สั่งจ่ายในนาม “โครงการวารสารหมออนามัย” ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข 11004

เช็ค/ตราพดี ธนาคารเลขที่.....

ส่งไปที สำนักงานโครงการวารสารหมออนามัย สถาบันพระบรมราชชนก อาคาร 4 ชั้น 7

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2590 1122, 0 2590 1113 มือถือ 08 1813 5902

(ฝ่ายสมาชิกติดต่อคุณไพจิตร เพ็งไพบูลย์)