ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

เรียน บรรณาธิการวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า..... นามสกุล.....

มีความประสงค์รับวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

โดย ☐ สมัครในนามหน่วยงานชื่อ.....

☐ สมัครเอง

รับวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ☐ 1 ปี 3 ฉบับ 500 บาท (ส่วนตัว)

☐ 1 ปี 3 ฉบับ 600 บาท (หน่วยงาน)

☐ 1 ปี 3 ฉบับ $ 25 (ต่างประเทศ)

ชำระค่าสมาชิกโดย ☐ ธนาณัติ สั่งจ่าย ปท.สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข รหัสไปรษณีย์ 11004 ในนาม นางศรีรัตน์ มงคลทรง

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

☐ เงินสด

☐ วิธีการอื่น (ระบุ).....

โดยส่งใบสำคัญรับเงินและวารสารไปที่ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทร. .....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

โปรดส่งใบบอกรับสมาชิกวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยและเอกสารยืนยันการชำระเงินค่าสมาชิกไปยัง

นางศรีรัตน์ มงคลทรง กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000