



ใบสมัครสมาชิกรวารสารพยาบาลตำรวจ

ประเภท บุคคลชื่อ-นามสกุล.....
 หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

เบอร์โทรศัพท์ E-mail

มีความประสงค์

- 1 ปี 2 เล่ม ราคา 500.- บาท
 2 ปี 4 เล่ม ราคา 900.- บาท

ได้ชำระเงินเป็น

โอนเงินผ่านธนาคาร ออมสิน ประเภท เพื่อเรียก สาขา ราชประสงค์

ชื่อบัญชีสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ หมายเลขบัญชี **053-64028690-1** เป็นเงิน
 บาท กรุณาส่ง Fax ใบสมัครและใบโอนเงินมายัง กองบรรณาธิการ
 โทรสาร 02 251 0253 หรือ E-mail : policenursejournal@hotmail.com

ลงนาม ผู้สมัคร
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

เริ่มจ่ายวารสารพยาบาลตำรวจ ฉบับที่ / สิ้นสุด /

ผู้รับสมัคร

(.....)

..... / /