



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ใบสมัคร

สมาชิกวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

1. ประเภท บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง).....
 หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งหนังสือ)

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail address.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ

- 1 ปี (3 เล่ม) ค่าสมาชิก 360 บาท + ค่าจัดส่ง 60 บาท = 420 บาท

3. การชำระเงิน

- เงินสด
 โอน เข้าบัญชีวารสารวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่ 051-220811-0 สาขาโรงพยาบาลราชวิถี

ส่งหลักฐานการโอนเงินที่ งานวารสาร (อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

4. การติดต่อ โทร. 0-2354-8241-2 ต่อ 3405 แฟกซ์. 0-2354-8251 อีเมลล์: journalbcn@bcn.ac.th

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

- โดย ระบุวันที่ ไม่ระบุวันที่

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....).

วันที่.....

หมายเหตุ

ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ ภาษาไทย 3,000 บาท/เรื่อง ภาษาอังกฤษ 5,000 บาท/เรื่อง และต้องสมัครเป็นสมาชิก 1 ปี

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

วารสารฯ เริ่มจ่าย ฉบับที่.....เดือน.....ปี.....สิ้นสุด ฉบับที่.....เดือน.....ปี.....

ผู้รับสมัคร.....

วันที่.....