

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารบริหารงานสาธารณสุข

วัน.....เดือน.....ปี พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารบริหารงานสาธารณสุข

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

มีความประสงค์รับวารสารบริหารงานสาธารณสุข

โดย สมัครในนามหน่วยงานชื่อ..... สมัครเองรับวารสารบริหารงานสาธารณสุข โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี

บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

ชื่อบัญชี นางนวรรตน์ สุวรรณพ่อง นางอรนุช ชัยสมบูรณ์พันธ์

และนางสาวอุไรวรรณ ภู่อันติสัมพันธ์

เลขที่บัญชี 051-2-35508-0

 เงินสด วิธีการอื่น (ระบุ).....

ให้ส่งหนังสือไปที่: เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ชั้น.....

ห้อง.....หมู่ที่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์/โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

โปรดส่งใบสมัครสมาชิกวารสารบริหารงานสาธารณสุข และค่าสมาชิก ไปยัง คุณอุไรวรรณ ภู่อันติสัมพันธ์
อาคาร 7 ชั้น 9 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 ถ.ราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400