

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารบริหารสาธารณสุข

วัน.....เดือน.....ปี พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารบริหารสาธารณสุข

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

มีความประสงค์รับวารสารบริหารสาธารณสุข

โดย สมัครในนามหน่วยงานชื่อ.....
 สมัครเอง

รับวารสารบริหารสาธารณสุข

โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา โรงพยาบาลราชวิถี
บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

ชื่อบัญชี นางนวรรตน์ สุวรรณผ่อง นางอรนุช ชัยสมบุญพันธ์
และนางสาวอุไรวรรณ ภูสันติสัมพันธ์

เลขที่บัญชี 051-2-35508-0

เงินสด

วิธีการอื่น (ระบุ).....

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

ห้อง.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์/โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

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