



## 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 ☐ ธนาคาส่งจ่าย ปท. นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 ในนาม น.ส.สุวิมล ปริญญาสุรณ์  
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

☐ เงินสด

☐ วิธีการอื่น (ระบุ).....

ให้ส่งใบสำคัญรับเงินไปที่ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทร. ....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

หมายเหตุ: กรุณาชำระค่าสมัครสมาชิกภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2549 เพื่อการจัดส่งวารสารในปีต่อไป

โปรดส่งใบบอกรับสมาชิกวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยและค่าสมาชิกไปยัง

นางสาวสุวิมล ปริญญาสุรณ์ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000