



ใบสมัครสมาชิกและชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประเภท  บุคคล ชื่อ – นามสกุล (ตัวบรรจง).....  
 หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ ..... อีเมล .....

มีความประสงค์ชำระ

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)  
ชื่อบทความ.....  
.....

\*\*\*วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี\*\*\*

- ค่าสมาชิก (กรณีส่งบทความตีพิมพ์ไม่ต้องชำระส่วนนี้)
- 1 ปี (3 เล่ม) เป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)
  - 2 ปี (6 เล่ม) เป็นเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ชำระโดย โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี  
ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”  
เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร/ ใบเสร็จ)  
.....  
.....

ลงนามผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ

กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกและชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์วารสาร ใบนำส่งบทความ และหลักฐานการ  
โอนเงิน มายัง

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบล  
ธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000 หรือทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

“วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>