



ใบสมัครการเป็นสมาชิการสารไทยไภษัชยนิพนธ์

ชื่อ-นามสกุลของผู้สมัคร.....
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก..... โทรสาร.....
E-mail.....
สถานที่ทำงาน.....
.....

สมัครเป็นสมาชิการสารไทยไภษัชยนิพนธ์

- ☐ ขอสมัครเป็นสมาชิก (200 บาท ต่อปี) ปีที่.....
☐ ขอต่ออายุสมาชิก เลขที่สมาชิก..... (200 บาท ต่อปี)

ที่อยู่จัดส่งวารสาร

- ☐ ตามที่อยู่ข้างต้น
☐ ที่อยู่ดังนี้.....
.....

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

- ☐ หน่วยงานข้างต้น
☐ อื่นๆ (ระบุ)
.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....

รายละเอียดการชำระเงินและส่งใบสมัคร

- ส่งใบสมัครมาที่ เลขานุการคณะกรรมการจัดการระบบการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร อ.เมือง จ.นครปฐม 73000 โทรสาร 0-3424-4463 หรือ e-mail: boonchu.j@su.ac.th
○ โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อบัญชี หน่วยเครือข่ายเภสัชสนเทศ “ประชาชนถน” ธนาคารทหารไทย ประเภทบัญชีออมทรัพย์ สาขามหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ เลขที่บัญชี 537-2-11491-7 พร้อมสำเนาหลักฐานการชำระเงินมาที่ โทรสาร 0-3424-4463 หรือ e-mail: boonchu.j@su.ac.th
(วงเล็บ “ชำระค่าสมัครสมาชิการสารไทยไภษัชยนิพนธ์”)