



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานบริการวิชาการและวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ โทร. ๑๑๗

ที่ ศธ ๐๕๑๔.๖.๑.๒.๒/พิเศษ

วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง เรียนปรึกษาปรับราคาวารสารและค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ได้พัฒนาเพิ่มจำนวนบทความวารสารในฉบับจาก ๑๐ บทความ เป็น ๑๕ บทความ เพื่อตอบสนองความต้องการของมวลสมาชิกที่ส่งบทความลงตีพิมพ์จำนวนมาก ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการผลิตวารสารจากโรงพิมพ์ เล่มละ ๔๐ บาท เป็น ๕๕ บาท รวมทั้งทางวารสารต้องจ่ายค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความ ๕๐๐ บาท/คน/เรื่อง ทำให้ต้นทุนการผลิตวารสารต่อเล่มเพิ่มจากเล่มละ ๗๙ บาท เป็น ๙๔ บาท ดังนั้น ฝ่ายบริหารจัดการวารสาร จึงใคร่ขอปรับราคาวารสารใหม่ โดยเริ่มปีที่ ๓๖ ฉบับที่ ๑ ประจำเดือนมกราคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป ดังนี้

ประเภท ๑ ปี ๓๘๐ บาท (จำนวน ๔ เล่ม)

ประเภท ๒ ปี ๗๕๐ บาท (จำนวน ๘ เล่ม)

ประเภท ๓ ปี ๑,๑๒๐ บาท (จำนวน ๑๒ เล่ม)

อนึ่ง ปัจจุบันการจ่ายค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ๗๐๐-๑,๐๐๐ บาท จึงใคร่ขอเรียนปรึกษาเพื่อพิจารณาปรับค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการตีพิมพ์ในเล่มวารสาร จากเดิม ๕๐๐ บาท เป็น ๗๐๐ บาท/คน/เรื่อง (บทความภาษาไทย) และบทความภาษาอังกฤษ จากเดิม ๕๐๐ บาท เป็น ๑,๕๐๐ บาท/คน/เรื่อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย)
บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

๕) หมอคนเมส
เพื่อโปรดพิจารณา
มติที่
๒๓ มค ๕๖

นพ
๑๖ มค ๕๖

๕) หมอคนเมส
เพื่อโปรดพิจารณา
มติที่
๒๓ มค ๕๖

เรียนหมอคนเมส
เพื่อโปรดพิจารณา
มติที่
๒๓ มค ๕๖



ใบสมัครสมาชิก

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

(ชื่อเดิม วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 0-4336-2012, 0-4320-2407 ต่อ 117 โทรสาร 0-4336-2012, 0-4334-8301

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล.....

หน่วยงาน.....

ที่อยู่จัดส่งวารสาร (โปรดเขียนตัวบรรจง).....เลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ประเภท

☐ สมาชิกใหม่
☐ ต่ออายุ

☐ ประเภท 1 ปี 380 บาท (จำนวน 4 เล่ม)
☐ ประเภท 2 ปี 750 บาท (จำนวน 8 เล่ม)
☐ ประเภท 3 ปี 1,120 บาท (จำนวน 12 เล่ม)

ตั้งแต่ปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ.

ถึงปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ.

พร้อมนี้ได้ส่งเงิน จำนวน.....บาท (.....)

โดยชำระเป็น ☐ เงินสด ได้ที่ งานบริการวิชาการและวิจัย ชั้น 1 อาคาร 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มข..

☐ ไปรษณีย์ธนาณัติ เลขที่.....

โดยส่งจ่าย ป.ณ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002 ในนาม บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

ต้องการออกใบเสร็จรับเงินในนาม ☐ ชื่อบุคคล ☐ หน่วยงาน ตามที่อยู่ข้างต้น

หมายเหตุ กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ กรุณาแจ้งให้ทราบ
ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน ก่อนเดือนสุดท้ายของกำหนด
วารสารออก เพื่อความสะดวกในการจัดส่งวารสารให้แก่ท่าน

ท่านสามารถ Download ใบสมัครได้ที่ Website: <http://nu.kku.ac.th>

ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....

เลขที่.....

วันที่.....

(.....)

ผู้รับเงิน