

ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน
ออกใบเสร็จในนาม

.....
ชื่อ-นามสกุล.....
ที่อยู่จัดส่งเอกสาร.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์จะ

- ☐ ค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ (ผู้ทรงฯ 3 ท่าน)
☐ สำหรับบุคคลภายนอก (บทความภาษาไทย) เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)
☐ สำหรับบุคคลภายนอก (บทความภาษาอังกฤษ) เป็นเงิน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ

ชื่อผู้เขียนทั้งหมด.....

โดยได้ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
☐ เช็ค/ตัวแลกเงิน/ดราฟ ส่งจ่ายในนาม “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา”

ลงนามผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1) หากท่านชำระเงินแล้ว ให้ส่งหลักฐานมายัง e-mail: sc.net.journal@gmail.com
2) ส่ง เช็ค/ตัวแลกเงิน/ดราฟ มายังที่อยู่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 64 ถ.รามวิถี ต.บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา 90000

ติดต่อสอบถาม: โทร. 098-016-9474 , 074-311-890 ต่อ 623 หรือ e-mail: sc.net.journal@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

บทความปีที่.....ฉบับที่.....รหัสบทความ.....

ใบเสร็จเลขที่.....เล่มที่.....วันที่ออกใบเสร็จ.....เจ้าหน้าที่การเงิน.....