



วารสารจิตวิทยาคลินิก

• ใบสมัครสมาชิกวารสารจิตวิทยาคลินิก •

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า

ที่อยู่

..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอแจ้งรับวารสารจิตวิทยาคลินิก เป็นจำนวน เล่ม ได้แก่

ตั้งแต่ฉบับที่ เล่มที่ ถึงฉบับที่ เล่มที่

พร้อมใบแจ้งนี้ข้าพเจ้าได้

() โอนเงินค่าสมาชิกวารสารฯ เข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา
สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่บัญชี 407-849670-0 ชื่อบัญชี
สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

() โอนเงินผ่านทาง website – SCB EasyNet

() โอนเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารไทยพาณิชย์

จำนวน บาท (.....)

และส่งหลักฐานการโอนเงิน

() ทางไปรษณีย์ ถึง คุณสิริ อุดมผล กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่
131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100 โดยวงเล็บมุมซอง
“สมัครสมาชิกวารสาร”

() ทางอีเมล: journal.thaiclinicpsy@gmail.com

ลงชื่อ

อัตราค่าวารสาร: ค่าสมาชิกวารสารจิตวิทยาคลินิก ปีละ 200 บาท (2 เล่ม)

หมายเหตุ:

กรณีที่สมาชิกไม่ได้รับวารสารฯ โปรดติดต่อผู้ช่วยบรรณาธิการ คุณสิริ อุดมผล กลุ่มงานจิตวิทยา
โรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100 โทร
(053) 908500 ต่อ 60330 หรือทางอีเมล journal.thaiclinicpsy@gmail.com