



วารสารจิตวิทยาคลินิก

• ใบสมัครสมาชิกวารสารจิตวิทยาคลินิก •

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....E-mail:.....

ขอแจ้งรับวารสารจิตวิทยาคลินิก ตั้งแต่ฉบับที่.....ปีที่.....ถึงฉบับที่.....ปีที่.....เป็นจำนวน.....เล่ม พร้อมใบแจ้งนี้ข้าพเจ้าได้ ()

โอนเงินค่าสมาชิกวารสารเข้าบัญชีกระแสรายวัน ธนาคารกรุงไทย
สาขาเซ็นทรัลเฟสติวัล เชียงใหม่ เลขที่บัญชี 983-2-43070-4
ชื่อบัญชีสมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

และส่งหลักฐานการโอนเงิน

- () ทางไปรษณีย์ให้ คุณดรฤณี มณฑะเกียรติทอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เลขที่ 2 ถ.สุเทพ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 โดยวงเล็บมุมซองว่า “ค่าสมัครสมาชิกวารสารฯ”
- () ทาง E-mail : treasurer.thaiclinicpsy@gmail.com
- () ชำระเงินผ่าน Internet Banking
- () โอนเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย โดยใช้ Pay-In Slip

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

(.....)

อัตราค่าวารสาร

ค่าสมาชิกวารสาร ปีละ 200 บาท (2 เล่ม)

หมายเหตุ

- ชำระโดยผ่านทาง Internet Banking เพื่อเข้าบัญชี “สมาคมจิตวิทยาคลินิกไทย” โดยใช้ข้อมูลสำคัญเพื่อทำการรายการ ดังนี้

COMP CODE : 91677

ชื่อเรียก : ค่าสมัครวารสารจิตวิทยาคลินิก

Cust. NO. (Ref.1) : เลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร

REF. NO. (Ref.2) : เบอร์โทรศัพท์ผู้สมัคร

หลังจากทำการรายการเสร็จแล้ว ท่านไม่จำเป็นต้องส่งหลักฐานใด ๆ กลับมายังสมาคมฯ เพราะสมาคมฯ จะได้รับรายงานจากทางธนาคาร โดยอัตโนมัติหรือ

- download ไฟล์ Pay-In-Slip จากเว็บไซต์สมาคม www.thaiclinicpsy.org เพื่อนำไปชำระเงินที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา เสียค่าธรรมเนียม 15 บาท ทั่วประเทศ โดยไม่ต้องส่งหลักฐานการโอนเงินให้กับสมาคมฯ
- กรณีที่สมาชิกไม่ได้รับวารสารฯ โปรดติดต่อผู้จัดการวารสาร ดร.ณัฐวุฒิ อรินทน์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ต.สุเทพ อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ 50200 โทร. 053 943 232 ต่อ 100, 121 โทรสาร 053 943 232 ต่อ 102