

## ใบสั่งซื้อหนังสือของสภาการพยาบาล

ชื่อบุคคล/หน่วยงาน ที่สั่งซื้อ.....

มีความประสงค์จะสั่งซื้อหนังสือของสภาการพยาบาล ดังนี้

- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ (ฉบับภาษาไทยและอังกฤษ) พ.ศ. ๒๕๕๔  
ราคาเล่มละ ๓๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- หนังสือสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๖  
ราคาเล่มละ ๓๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยฯ พ.ศ. ๒๕๕๓  
ราคาเล่มละ ๕๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ พ.ศ. ๒๕๕๓  
ราคาเล่มละ ๖๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- บทเรียนจากกรณีศึกษาเส้นทางสู่ความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติ พ.ศ.๒๕๕๑  
ราคาเล่มละ ๑๓๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- คู่มือส่งเสริมจริยธรรม สำหรับองค์การพยาบาล : กลไกและการปฏิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๘  
ราคาเล่มละ ๑๕๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- สมรรถนะและการออกวุฒิบัตรรับรองความรู้และความชำนาญเฉพาะทางฯ พ.ศ. ๒๕๕๓  
ราคาเล่มละ ๑๕๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- รวบรวมกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์และสาธารณสุข เล่ม ๑ พ.ศ. ๒๕๕๓  
ราคาเล่มละ ๒๐๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.๒๕๒๘ฯ พร้อมด้วยกฎกระทรวงฯ พ.ศ. ๒๕๕๗  
ราคาเล่มละ ๒๕๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๔  
ราคาเล่มละ ๓๐๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท
- การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ พ.ศ. ๒๕๕๕  
ราคาเล่มละ ๓๕๐ บาท จำนวน ..... เล่ม เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินค่าหนังสือทั้งสิ้นจำนวน.....บาท (.....) พร้อมนี้ได้ชำระเงินโดย

- เงินสด (เฉพาะที่ชำระด้วยตนเองที่สภาการพยาบาล)
- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ผ่านระบบ Teller Payment โดยกรอกรายการใบแจ้งการชำระเงินทาง

ธนาคาร ระบุ Company Code ของสภาการพยาบาล MDSTNC แจ้ง ชื่อ / สกุล เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาลหรือชื่อหน่วยงานพร้อมการชำระเงินกับธนาคารกรุงไทย และจัดส่ง Slip การชำระเงินที่ธนาคารออกให้มาพร้อมใบสั่งซื้อ

ขอให้สภาการพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

และจัดส่งหนังสือให้ตามที่อยู่ ดังนี้ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ที่อยู่.....  
เลขที่ ..... หมู่..... ถนน .....  
ตำบล .....อำเภอ .....  
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์.....

สนใจสั่งซื้อหนังสือได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่ งานพัสดุ อาคารนครินทร์ศรี ชั้น ๒ สภาการพยาบาล

ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๖-๗๕๓๗-๘ โทรสาร ๐-๒๕๕๖-๗๑๒๑

ทั้งนี้สามารถ Download ใบสั่งซื้อหนังสือของสภาการพยาบาลททและ แบบการชำระเงินทางธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

ได้ที่เว็บไซต์ [www.tnmc.or.th/](http://www.tnmc.or.th/) มุมหนังสือ