

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงวารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....
2. ตำแหน่ง.....
3. วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุด.....
4. หน่วยงาน.....
5. ขอส่ง
 - นิพนธ์ต้นฉบับ เรื่อง.....
 - นิพนธ์บรรณนิทัศน์ เรื่อง.....
 - บทความพิเศษ เรื่อง.....
 - บทความพื้นวิชา เรื่อง.....
 - รายงานเบื้องต้น /บันทึกเวชกรรม เรื่อง.....
 - ปกิณกะ เรื่อง.....
6. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี).....
7. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่ ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....
E-Mail.....
8. สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อเพิ่มข้อมูล.....
 เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่...../...../.....

ส่งมาที่: กองบรรณาธิการวารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก สำนักการแพทย์ทางเลือก

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

อาคารกรมการแพทย์ 6 (DMS6) ถ. ดิวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000 โทรสาร 02-965-9195

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการส่งต้นฉบับได้ที่ www.dtam.moph.go.th/alternative