

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า _____

ที่อยู่ในการติดต่อ _____

รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ _____ E-mail _____

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/วิชาการเรื่อง _____

เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 โดยมีรายชื่อและ Email ติดต่อกับผู้เขียนทุกคน ดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุล _____ Email _____
2. ชื่อ-นามสกุล _____ Email _____
3. ชื่อ-นามสกุล _____ Email _____
4. ชื่อ-นามสกุล _____ Email _____
5. ชื่อ-นามสกุล _____ Email _____

(สามารถใส่รายชื่อเพิ่มเติมจนครบทุกคน)

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน (บทความในรูปแบบ Microsoft Word) ในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน

..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)

...../...../.....

หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ้นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com

หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ
เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อาจารย์ที่ปรึกษา)

ที่อยู่ในการติดต่อ _____

รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ _____ E-mail _____

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง _____

โดย (ชื่อ-สกุลนักศึกษา)

สาขาวิชา _____ มหาวิทยาลัย _____

ที่อยู่ในการติดต่อ _____

รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ _____ E-mail _____

แล้วว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ และบทความนี้ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และ
นักศึกษายินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์
อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับ
บทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการ
แก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน

..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

.....

.....

(.....)

(.....)

นักศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

...../...../

...../...../

หมายเหตุ สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com