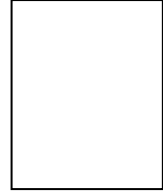




ใบสมัครสมาชิกตลอดชีพ



เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อภาษาไทย () นาย () นาง () นางสาว.....นามสกุล.....(ตัวบรรจง)

ชื่อภาษาอังกฤษ () Mr. () Mrs. () Miss..... (ตัวพิมพ์ใหญ่)

นามสกุลก่อนสมรส.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ชื่อสถาบันการศึกษาพยาบาลที่สำเร็จ.....

ประกาศนียบัตรหรือปริญญา.....เมื่อ พ.ศ.

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เมื่อ พ.ศ.

ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์สำนักงาน.....

E-mail.....

() ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน)

หลักฐานการสมัคร

() รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ) () สำเนาปริญญาบัตร

() สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ () สำเนาทะเบียนบ้าน

() สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

() สำเนาใบโอนเงิน กรณีโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนรางน้ำเลขที่

052-2-03328-6

ในกรณีสมัครทางไปรษณีย์ ส่งขนาดดี ส่งจ่ายปลายทาง ราชเทวี

ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400

ลงชื่อ.....