



## ใบคำขอต่อมายบัตรพยาบาลพิเศษ

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....

เลขที่สมาชิกพยาบาลพิเศษ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

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

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

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

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.....

ค่าทำเนียมต่ออายุบัตรพยาบาลพิเศษ กรณี ( ) อยู่ในระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 200.00 บาท

( ) เงินสด ( ) เกินระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 500.00 บาท

( ) อนุมัติส่งจ่าย ปลายทางราชเทวี ( ) โอนผ่านบัญชีธนาคารกสิกรไทยสาขานนทบุรี

เลขที่บัญชีออมทรัพย์ 052-2-03328-6

### หลักฐานการสมัคร

( ) รูปถ่าย 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ชุดพยาบาล)

( ) สำเนาบัตรสมาชิกตลอดชีพ / สำเนาบัตรพยาบาลพิเศษเดิม (กรณีขอต่อมายบัตร)

( ) สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ

( ) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

### ในกรณีส่งทางไปรษณีย์

ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400

ลงชื่อ.....