



ใบคำขอต่อมายุบัตรพยาบาลพิเศษ

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 () โอนผ่านบัญชีธนาคารกสิกรไทยสาขานนรಂಗน้ำ

เลขที่บัญชีออมทรัพย์ 052-2-03328-6

หลักฐานการสมัคร

() รูปถ่าย 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ชุดพยาบาล)

() สำเนาบัตรสมาชิกตลอดชีพ / สำเนาบัตรพยาบาลพิเศษเดิม (กรณีขอต่อมายุบัตร)

() สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ

() สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

ในกรณีส่งทางไปรษณีย์

ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400

ลงชื่อ.....