 **ใบคำขอมีบัตรใหม่ทดแทนบัตรเดิม**

 เลขที่สมาชิกตลอดชีพ....................

สมัครเข้าเป็นสมาชิกวันที่..................เดือน............................................พ.ศ.......................................

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

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

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

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..........................................วันที่ออกบัตร...................วันที่หมดอายุ.................

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 200.00 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

**หลักฐานการสมัคร**

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

( ) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน

( ) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

**ในกรณีสมัครทางไปรษณีย์**

( ) ส่งธนาณัติ ส่งจ่ายปลายทาง ปณ.ราชเทวี

( ) สำเนาใบโอนเงิน กรณีโอนผ่านบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนรางน้ำ

 เลขที่ 052-2-03328-6

**ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ**

 **21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400**

ลงชื่อผู้สมัคร......................................**..**