 **ใบสมัครสมาชิกสมาชิกตลอดชีพ**

**Website: www.thainurse.org.**

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 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน)

**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........................................