



ใบสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
ประเภทองค์กรสมาชิกตลอดชีพ

วันที่สมัครเป็นสมาชิก วันที่ เดือน.....พ.ศ.

สมาคม/ชมรม

ชื่อภาษาอังกฤษ

ก่อตั้งเมื่อจำนวนสมาชิกปัจจุบัน.....

ที่อยู่

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

www :E-mail :.....

สถานที่ติดต่อที่สะดวก.....โทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ของสมาคม/ชมรม

ประธานสมาคม/ชมรม

รองประธาน

เลขานุการ.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ประเภทสมาชิกองค์กร และขอส่ง
ค่าธรรมเนียมองค์กรสมาชิกตลอดชีพ จำนวน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

ส่งจ่าย ธนาณัติในนามสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

ปณ.ราชเทวี

หลักฐานที่แนบมาด้วย ๑. สำเนาข้อบังคับ และระเบียบของสมาคม/ชมรม

๒. สำเนาบัตรประจำตัว ประธาน รองประธาน และเลขานุการสมาคม/ชมรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

สมาคม/ชมรม.....