****

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

**แบบฟอร์มสมัครเข้ารับการเลือกตั้งเป็นกรรมการอำนวยการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ**

**วาระปี พ.ศ. 2562 – 2564**

1. ชื่อ ..................................................................................นามสกุล................................................................................

2. เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ...........................................................................................................

3. ตำแหน่งปัจจุบัน/ประสบการณ์วิชาชีพ............................................................................................................................

4. ตำแหน่งทางวิชาการ......................................................................................................................................................

5. วุฒิการศึกษาสูงสุด.........................................................................................................................................................

6. สถานที่ทำงาน...............................................................................................................................................................

โทรศัพท์....................................โทรสาร......................................... Email……………………........................………………

7. ที่อยู่ปัจจุบัน..................................................................................................................................................................

8. ความตั้งใจในการพัฒนาวิชาชีพ...................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................   
 ......................................................................................................................................................................................

ลงชื่อผู้สมัคร...........................................................................

(.....................................................................)

ลงชื่อผู้รับรอง/ผู้บังคับบัญชา ............................................................................... (..........................................................................)

ตำแหน่ง....................................................................................

สถาบัน....................................................................................

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

**คุณสมบัติของบุคคลเข้ารับการเลือกตั้ง**

1. เป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
2. มีเวลาเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ซึ่งจะมีการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง
3. มีความสามารถและเหมาะสมที่จะปฏิบัติงานเพื่อวิชาชีพ  
    4. สมัครใจ เต็มใจ ที่จะช่วยและร่วมดำเนินกิจกรรมของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

**หมายเหตุ** ผู้เกษียณอายุหรือไม่ได้ปฏิบัติงานประจำ สามารถสมัครได้เองโดยไม่ต้องมีผู้รับรอง/ผู้บังคับบัญชา