 **ใบสมัครสมาชิกสมาชิกพยาบาลพิเศษ**

**Website:** [**www.thainurse.org**](http://www.thainurse.org)**.**

เลขที่สมาชิกพยาบาลพิเศษ...................

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 500.00 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

**หลักฐานการสมัคร** ( ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี )

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

( ) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน

( ) สำเนาบัตรสมาชิกตลอดชีพสมาคมพยาบาล ฯ ( ) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

**ในกรณีสมัครทางไปรษณีย์**

( ) ส่งธนาณัติ ส่งจ่ายปลายทาง ปณ.ราชเทวี

( ) สำเนาใบโอนเงิน กรณีโอนผ่านบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนรางน้ำ

เลขที่ 052-2-03328-6

**ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ**

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

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