** ใบคำขอมีบัตรใหม่ทดแทนบัตรเดิม**

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

สมัครเข้าเป็นสมาชิกวันที่..................เดือน............................................พ.ศ.......................................(ถ้ามี)

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.................................แผนก /ตึก..................เลขที่.........ซอย........................ถนน....................

ตำบล/แขวง....................................อำเภอ/เขต.......................................จังหวัด...........................................

รหัสไปรษณีย์..................................โทรศัพท์สำนักงาน................................................................................

E-mail………………………………………………………………………………………………………………

สถานที่ที่ให้จัดส่งบัตร ( ) ที่บ้าน ( ) ที่ทำงาน

( ) ค่าธรรมเนียมทำบัตรสมาชิก จำนวน 200.00 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

**หลักฐานการสมัคร**

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

( ) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ

( ) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

( ) สำเนาการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามี)

**ในกรณีสมัครทางไปรษณีย์**

( ) สำเนาใบโอนเงิน กรณีโอนผ่านบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนรางน้ำ

เลขที่ 052-2-03328-6

**ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ 21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400**

**หรือ ส่งมาที่ E-mail : Membership@thainurse.org**

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