



## ใบคำขอมีบัตรใหม่ทดแทนบัตรเดิม

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.....

( ) ค่าธรรมเนียมทำบัตรสมาชิก จำนวน 200.00 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

### หลักฐานการสมัคร

- ( ) รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ) ( ) สำเนาปริญญาบัตร
- ( ) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ และใบเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี) ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน
- ( ) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

### ในกรณีสมัครทางไปรษณีย์

- ( ) สำเนาใบโอนเงิน กรณีโอนผ่านบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนรางน้ำ  
เลขที่ 052-2-03328-6

ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400

ลงชื่อผู้สมัคร.....