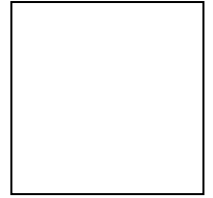




ใบสมัครสมาชิกตลอดชีพ



เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....

วันที่.....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.....แผนก/ฝ่าย.....

เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....ต่อ.....E-mail.....

( ) ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน)

หลักฐานการสมัคร

- ( ) รูปถ่าย 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ) ( ) สำเนาปริญญาบัตร
( ) สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน
( ) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล ( ) สำเนาทะเบียนสมรส/หย่า/เปลี่ยนชื่อ - สกุล
( ) สำเนาใบโอนเงินธนาคาร ไทยพาณิชย์ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ สาขา คณะแพทยศาสตร์ เชียงใหม่

เลขที่บัญชี 566-495124-5 ชื่อบัญชี ค่าสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขาภาคเหนือ

ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ
อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ถนนสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
( )