



## ใบสมัครสมาชิกตลอดชีพ

Web site: [www.southnurse.com](http://www.southnurse.com)

รูปถ่าย

1 นิ้ว

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....

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

ชื่อภาษาไทย( ) นาย ( ) นาง ( ) นางสาว.....นามสกุล.....(ตัวบรรจง)

ชื่อภาษาอังกฤษ ( ) Mr. ( ) Mrs. ( ) Miss.....(ตัวพิมพ์ใหญ่)

นามสกุลก่อนสมรส.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุด.....ปี พ.ศ.....

ประกาศนียบัตรหรือปริญญา.....เมื่อปี พ.ศ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เมื่อปี พ.ศ.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์สำนักงาน.....โทรสาร.....

E-mail Address..... (ถ้ามี)

( ) ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน)

### หลักฐานการสมัคร

- \* รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ชุดพยาบาล / ชุดข้าราชการ)
- \* หลักฐานการสำเร็จการศึกษา (สำเนาประกาศนียบัตร หรือปริญญาบัตร หรือ Transcript) 1 ฉบับ
- \* สำเนาใบประกอบวิชาชีพ หรือ สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล 1 ฉบับ
- \* สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
- \* สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ หรือบัตรพนักงาน 1 ฉบับ
- \* สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือชื่อสกุล

(ทะเบียนสมรส หรือใบสำคัญการหย่าหรือใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล) จำนวน 1 ฉบับ

**สมัครโดย** 1.ชำระเงินสดได้ที่ สำนักงานสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคใต้ อาคาร 2 ชั้น 2 ห้อง 2203 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ตามวัน เวลา ราชการ

2. ทางไปรษณีย์ ส่งตามมติ สั่งจ่าย ปณ. คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ส่งถึง นายกสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคใต้

อาคาร 2 ชั้น 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

64 ถ.รามวิถี ต.บ่อยาง อ.เมือง จ.สงขลา 90000

หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ 074-312404, 089-4666516

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

ลงชื่อ.....(ผู้รับสมัคร)

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....