



พยาบาลพิเศษ

เลขที่พยาบาลพิเศษวิชาชีพ.....

เลขที่พยาบาลพิเศษเทคนิค.....

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....

รูปถ่าย

วันที่สมัครเข้าเป็นสมาชิก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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.....โทรศัพท์.....

ขณะนี้ประกอบอาชีพ.....ตำแหน่งที่ได้รับปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกพยาบาลพิเศษของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ โดยขอรับรองว่า

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติที่ระบุไว้ และจะถือปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน

() ค่าสมัครสมาชิกพยาบาลพิเศษ จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

() ค่าธรรมเนียมการต่ออายุบัตรสมาชิกพยาบาลพิเศษ 3 ปี/ 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

() ค่าธรรมเนียมการทำบัตรใหม่ทดแทนบัตรสูญหาย เป็นเงิน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

() รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว 2 รูป (ชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ) () สำเนาปริญญาบัตร

() สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ () สำเนาทะเบียนบ้าน

() สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ () สำเนาทะเบียนสมรส / หย่า / เปลี่ยนชื่อ

() บัญชีธนาคารกรุงศรีอยุธยา (ถ้ามี) เลขที่บัญชี.....

() สะดวกเปิดบัญชีธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขา.....(รหัสสาขา).....

จังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)