



แบบสำรวจข้อมูลสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้
ที่จะเกษียณอายุราชการประจำปีงบประมาณ 2563

(หน่วยงาน).....หมายเลขโทรศัพท์.....

โปรดให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลที่จะเกษียณอายุราชการ ตั้งแต่วันนี้ - วันที่ 17 กรกฎาคม 2563

ที่	ชื่อ-สกุล	เลขที่สมาชิกสมาคม พยาบาล	ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน	หมายเลขโทรศัพท์ที่ สามารถติดต่อได้

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบสำรวจข้อมูล และ ประวัติผู้เกษียณ พร้อมแนบรูปถ่าย จำนวน 3 รูป
กลับไปยังสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ ทางอีเมล ns.south@thainurse.org
และแจ้งยืนยันทางโทรศัพท์ 08-9466-6516



ประวัติผู้เกษียณอายุราชการประจำปีงบประมาณ 2563
พร้อมแนบรูปถ่าย จำนวน 3 รูป

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

เลขที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ประวัติส่วนตัว.....

ประวัติการศึกษา.....

ประวัติการทำงาน.....

ความประทับใจที่ยากบอก.....

คติประจำใจ.....

หมายเหตุ กรุณาส่งพร้อมแนบรูปถ่ายเพื่อจัดทำวีดิทัศน์ จำนวน 3 รูป (กรุณาส่งภาพเป็นไฟล์ JPG และแบบฟอร์มเป็นไฟล์ WORD) ไปยังอีเมลล์ ns.south@thainurse.org