



- ขอสมัครสมาชิกตลอดชีพ  
 ขอทำบัตรใหม่ทดแทนบัตรเดิม

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

เลขที่สมาชิก.....

วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....

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

ชื่อภาษาอังกฤษ  Mr.  Mrs.  Miss .....

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

สถาบันที่สำเร็จการศึกษาพยาบาล .....

ได้รับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรี ..... เมื่อ พ.ศ. ....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... เมื่อ พ.ศ. ....

ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ซอย..... ถนน .....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์..... มือถือ .....

สถานที่ทำงาน ..... แผนก/ฝ่าย .....

เลขที่ ..... หมู่..... ถนน ..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร ..... Email .....

ให้ส่งบัตรสมาชิกไปที่  บ้าน  ที่ทำงาน  สถาบันการศึกษา

ค่าสมัครสมาชิก จำนวน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)  ค่าทำบัตรใหม่ จำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

#### หลักฐานการสมัคร

- ( ) รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ชุดพยาบาล / ชุดข้าราชการ)
- ( ) สำเนาบัตรสมาชิกสมาคมฯ ตลอดชีพ/ใบแจ้งความ (กรณีขอทำบัตรใหม่)
- ( ) หลักฐานการสำเร็จการศึกษา (สำเนาประกาศนียบัตร หรือปริญญาบัตร หรือ Transcript) 1 ฉบับ
- ( ) สำเนาใบประกอบวิชาชีพ หรือสำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล 1 ฉบับ
- ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
- ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ หรือบัตรพนักงาน 1 ฉบับ
- ( ) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือชื่อสกุล

(ทะเบียนสมรส หรือใบสำคัญการหย่า หรือใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล) จำนวน 1 ฉบับ

โดย 1. ชำระเงินสดได้ที่ สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

อาคาร 2 ชั้น 2 เลขที่ 64 ถ.รามวิถี ต.บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา ตามวัน เวลา ราชการ

2. ทางไปรษณีย์ ส่งชานฉัฒติ ส่งจ่าย ปณ.สงขลา อ.เมือง จ.สงขลา

ส่งถึง นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ อาคาร 2 ชั้น 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

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

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ 08-9466-6516, 0-7431-2404

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....