**แบบสำรวจข้อมูลสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**
**ที่จะเกษียณอายุราชการ ประจำปีงบประมาณ 2562**

**(หน่วยงาน).....**
**หมายเลขโทรศัพท์.....**

**โปรดให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลที่เกษียณอายุราชการ ภายในวันที่20 สิงหาคม 2562**

| ที่ | ชื่อ-สกุล | เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลฯ | ตำแหน่ง | หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**หมายเหตุ กรุณาส่งกลับไปยังสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**
**ภายในวันที่ 20 สิงหาคม 2562 หรือสามารถแจ้งทางอีเมล์ natned01@gmail.com, โทรศัพท์ 080-8952065**