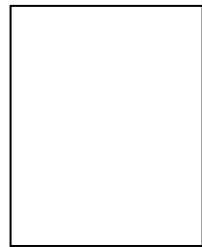




- ขอสมัครสมาชิกตลอดชีพ
- ขอทำบัตรใหม่ทดแทนบัตรเดิม
- เลขที่สมาชิก.....



วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ชื่อภาษาไทย นาย นาง นางสาว (เขียนตัวบรรจง)

ชื่อภาษาอังกฤษ Mr. Mrs. Miss

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

เลขบัตรประชาชน.....

สถาบันที่สำเร็จการศึกษาพยาบาล

ได้รับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรีเมื่อ พ.ศ.

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเมื่อ พ.ศ.

ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่..... ซอย ถนน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

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

สถานที่ทำงานแผนก/ฝ่าย

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

เขต จังหวัดรหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

..... โทรสาร Email

ให้ส่งบัตรสมาชิกไปที่ บ้าน ที่ทำงาน

ค่าสมัครสมาชิกรวมค่าทำบัตรใหม่ จำนวน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

โดย ชำระเงินสดได้ที่ สำนักงานสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามวัน เวลา ราชการ

ทางไปรษณีย์ ส่งธนาคัติ สั่งจ่ายถึง นายกสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

ทางธนาคาร โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขาขอนแก่นมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่บัญชี
438-1-00020-4 (กรุณาส่งสำเนาใบโอน เพื่อใช้เป็นหลักฐาน)

หลักฐานการสมัคร

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ

สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล

สำเนาปริญญาบัตร (กรณีขอสมัครสมาชิกตลอดชีพ)

สำเนาบัตรสมาชิกสมาคมฯ ตลอดชีพ/ใบแจ้งความ (กรณีขอทำบัตรใหม่)

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)