



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้  
แบบฟอร์มการยื่นคำขอใบรับรองการเป็นสมาชิกสมาคมฯ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้

ข้าพเจ้า.....นามสกุลเก่า (ถ้ามี).....  
เลขที่สมาชิก..... เลขประจำตัวประชาชน..... อายุ.....ปี  
ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่ที่..... ซอย..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
สถานที่ทำงาน..... อยู่ที่..... หมู่ที่..... ซอย.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์.....

**การรับเอกสาร :** ณ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ภายในเวลาราชการ (โทร 089-4666516) โดยจะโทรแจ้งให้ทราบก่อนล่วงหน้า

ลงชื่อ..... (ผู้ยื่นคำขอ)  
(.....)