



ใบคำขอมีบัตรใหม่ทดแทนบัตรเดิม

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....

สมัครเข้าเป็นสมาชิกรวมวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(ถ้ามี)
ชื่อภาษาไทย () นาย () นาง () นางสาว.....นามสกุล.....(ตัวบรรจง)
ชื่อภาษาอังกฤษ () Mr. () Mrs. () Miss.....(ตัวพิมพ์ใหญ่)
นามสกุลก่อนสมรส.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
ชื่อสถาบันการศึกษาพยาบาลที่สำเร็จ.....
ประกาศนียบัตรหรือปริญญา.....เมื่อ พ.ศ.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เมื่อ พ.ศ.....
ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....
สถานที่ทำงาน.....แผนก / ตึก.....เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์สำนักงาน.....
E-mail.....
สถานที่ที่ให้จัดส่งบัตร () ที่บ้าน () ที่ทำงาน

() ค่าธรรมเนียมทำบัตรสมาชิก จำนวน 200.00 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

หลักฐานการสมัคร

- () รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ) () สำเนาปริญญาบัตร
() สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
() สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
() สำเนาการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามี)

ในกรณีสมัครทางไปรษณีย์

- () สำเนาไปรษณีย์ กรณีโอนผ่านบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนรางน้ำ
เลขที่ 052-2-03328-6

ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ 21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กทม. 10400

หรือ ส่งมาที่ E-mail : Membership@thainurse.org

ลงชื่อผู้สมัคร.....