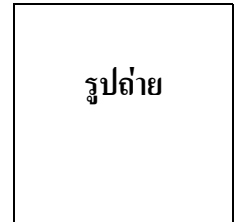




ใบสมัครสมาชิกเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบฯ
ในเขตภาคใต้



รูปถ่าย

วันที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกเครือข่ายฯ. วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ - นามสกุล.....

เบอร์โทรศัพท์..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

E - mail Address :

เลขที่บัตรประชาชน.....วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.....

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

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อผู้สมัคร

()