



# ใบสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

รูปถ่าย 1 นิ้ว

วันที่สมัคร ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เลขที่สมาชิก .....

ชื่อภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ระบุ) ..... นามสกุล .....

ชื่อภาษาอังกฤษ (Mr/Mrs/Miss/other) ..... (เขียนตัวพิมพ์ใหญ่)

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

ชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษา ..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....

ประกาศนียบัตร/ปริญญา .....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ พยาบาล/อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

ที่ทำงาน..... เลขที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก  บ้าน  ที่ทำงาน e-mail .....

- ค่าสมัครสมาชิก จำนวนเงิน 1,000.- บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)
- ค่าทำบัตรสมาชิก จำนวนเงิน 50.-บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)

## หลักฐานการสมัคร

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ
- สำเนาใบโอนเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 254-2-04516-0 ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ” **\*\*ฉบับธนาณัติ\*\***
- เงินสด ..... บาท (.....) ชื่อผู้รับเงิน .....

ส่งถึง “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
420/1 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)

## สำหรับเจ้าหน้าที่

- ผู้รับ.....วันที่ .....
- ใบสมัคร .....
- ค่าสมัคร .....
- ค่าบัตรสมาชิก .....