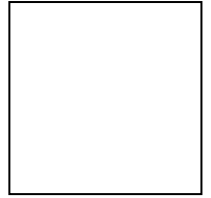




ใบคำขอมีบัตรใหม่ทดแทนบัตรเดิม



เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....
เลขที่สมาชิกพยาบาลพิเศษ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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/ฝ่าย.....

เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....ต่อ.....E-mail.....

() ค่าธรรมเนียม จำนวน 200.00 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

หลักฐานการสมัคร

() รูปถ่าย 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ)

() สำเนาบัตรสมาชิก / ใบแจ้งความ(กรณีบัตรหาย)

() สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ

() สำเนาทะเบียนบ้าน

() สำเนาทะเบียนสมรส / หย่า / ใบเปลี่ยนชื่อ – สกุล

() สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

() สำเนาใบโอนเงินธนาคาร ไทยพาณิชย์ บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ สาขา คณะแพทยศาสตร์ เชียงใหม่

เลขที่บัญชี 566-495124-5 ชื่อบัญชี คำสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขาภาคเหนือ

ส่งถึง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ถนนสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร