



รูปถ่าย 1 นิ้ว
จำนวน 2 รูป

ใบสมัครสมาชิกชมรมวิสัญญีพยาบาล

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาวนามสกุลสกุลเดิม
เกิดวันที่ อายุ ปี สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์ (บ้าน) มือถือ

E- Mail

สถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง หน่วยงาน / แผนก

สังกัด..... เบอร์โทรศัพท์

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกชมรมวิสัญญีพยาบาล
โดยชำระค่าสมาชิกตลอดชีพ 500 บาท

โอนเงินธนาคารกรุงไทย สาขาแฟชั่นไอแลนด์ ในนาม คุณจินตนา วราภาสกุล

บัญชี ออมทรัพย์ เลขที่ 488016560-3

วันที่โอนเงิน

ติดต่อ email chintana 58 @ gmail.com

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

กรุณาส่งใบสมัครและสำเนาการโอนเงินที่ คุณจินตนา วราภาสกุล

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี อาคารฉุกเฉิน ชั้น 2 แขวงคั่นนาคยาว เขตคั่นนาคยาว กทม. 10230

โทรศัพท์ 02-5174270-9 ต่อ 2022 , 2019 มือถือ 089-142-3924