



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)

THAI CARDIO-THORACIC NURSES ASSOCIATION

(โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง)

(สำหรับเจ้าหน้าที่) เลขที่สมาชิก..... ประเภทสมาชิก กิตติมศักดิ์ สามัญ สมทบ

ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว.....

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (10หลัก)

เลขสมาชิกสภาการพยาบาล เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

โทรศัพท์มือถือ Address Email :

สถานะสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก เป็นสมาชิก ไม่เป็นสมาชิก

ที่ทำงาน (โรงพยาบาล) แผนก

เลขที่ หมู่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรสาร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่บ้าน.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....

สำเร็จหลักสูตรพยาบาลจาก..... เมื่อปี พ.ศ.

วุฒิการศึกษาสูงสุด

ต้องการสมัครสมาชิก ค่าสมัครสมาชิก = 600.-บาท (รวมค่าจัดส่งทางไปรษณีย์)

สามัญตลอดชีพ (พยาบาล) สมทบตลอดชีพ (ผู้ช่วยพยาบาล, เจ้าหน้าที่พยาบาล, อื่นๆ)

สิ่งที่ต้องส่งมาด้วย 1. ใบสมัครสมาชิก (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง) 2. สำเนาใบฝากเงินธนาคาร

ต้องการให้ส่งบัตรสมาชิก (กรุณาระบุ) ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน

สำหรับผู้สมัคร

ชำระค่าสมัคร เงินสด เข้าบัญชีออมทรัพย์

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ให้ใบเสร็จไปแล้ว ณ วันสมัคร

ให้แล้ว ไม่ได้ให้

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

การชำระค่าสมาชิก ผ่านธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขาเทสโก้โลตัส รัตนาธิเบศร์ ชื่อบัญชี "สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)" เลขที่บัญชี 405 - 796522 - 1 ประเภทบัญชีออมทรัพย์ และส่งหลักฐานใบสมัครพร้อมสำเนาใบฝากเงินธนาคาร มาที่ สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) เลขที่ 74 ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2591-9794 Address Email : cvtnurses@hotmail.com เยี่ยมชมเว็บไซต์ : <http://www.thaicvtnurse.org/>