



# 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 ..... โทรศัพท์ที่ติดต่อดังกล่าว.....

สำเร็จหลักสูตรพยาบาลจาก..... เมื่อปี พ.ศ. ....

วุฒิการศึกษาสูงสุด .....

**ต้องการสมัครสมาชิก** ค่าสมัครสมาชิก = 800.-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 0-2591-9794 Address Email : cvtnurses@hotmail.com เยี่ยมชมเว็บไซต์ : <http://www.thaicvtnurse.org/>