



รูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่งวิชาการ.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้านชื่อ..... ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....
หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

ชื่อสังกัด.....แผนก.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....
หมายเลขโทรสาร.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (ของหน่วยงาน).....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....
สถานที่ที่ต้องการให้สมาคมฯ ติดต่อ (โปรดระบุ ที่ทำงาน หรือ บ้าน)เลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....โทรศัพท์(มือถือ).....โทรสาร.....

ประวัติการศึกษา

ปริญญา/ประกาศนียบัตร/ใบรับรอง	กำลังศึกษา	วัน เดือน ปี ที่สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
อื่นๆ			

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก โดยข้าพเจ้ามีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน ตามข้อบังคับสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) ว่าด้วยสมาชิกสามัญและได้ชำระค่าธรรมเนียม ค่าบำรุงและได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนา ปริญญา สำเนาหนังสือผู้บัตร
 หลักฐานอื่นๆ(ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระหรือส่งเงินค่าธรรมเนียมและค่าบำรุงมาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว ด้วย เงินสด KTB online

- ค่าบำรุงสมาคมตลอดชีพ จำนวนเงิน 3,000 บาท ประเภท สมาชิกสามัญ สมาชิกสมทบ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย / ใน ที่แจ้งหรือดำเนินการ

การสมัคร: สมัครที่ธนาคารกรุงไทย ทาง KTB Corporate Online โดย เข้า website : www.apnathai.org หรือ สมัครด้วยตนเองที่ สมาคม APN ชั้น 1 สภาการพยาบาล

การจัดส่งเอกสาร : ส่งเอกสารการสมัครพร้อมสำเนา Slip โอนเงินค่าธรรมเนียม ไปที่

สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) อาคารนครินทร์ศรี ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ขอรับคำขอสมัครเป็นสมาชิกได้ที่

**ทาง website: www.apnathai.org สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) อาคาร นครินทร์ศรี
ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-1495635