



สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่สมาชิก.....

วันที่คณะกรรมการรับรอง.....

แบบฟอร์มสมัครสมาชิกสามัญ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

(กรณีเคยสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ และค้นรายชื่อในระบบยืนยันตัวตนไม่พบ)

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อความให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ของท่าน

1. ชื่อ/ชื่อสกุล (ภาษาไทย)

(ระบุ นาย/นาง/นางสาว/ยศตำแหน่ง).....

ชื่อ/ชื่อสกุล(ภาษาอังกฤษ).....

2. บัตรประชาชนเลขที่ - - - -

3. ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....โทรสาร.....

4. อีเมล:

5. สถานที่ทำงาน (ถ้ามี)

ชื่อสถานที่ทำงาน.....

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

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

6. สถานที่ส่งเอกสาร/ข้อมูล ที่บ้าน ที่ทำงาน อีเมล

7. จบพยาบาลจากสถาบัน

สำเร็จการศึกษา พ.ศ.

8. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

9. หมายเลขสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ไม่ทราบ ระบุ.....

***ส่งเอกสารประกอบการสมัคร

รูปถ่ายชุดพยาบาล , ชุดปริญญา หรือชุดข้าราชการ (ขนาด 1-2 นิ้ว) จำนวน 1 รูป

สำเนาบัตรประชาชน (ภาพถ่าย Jpg หรือ แสกน PDF)

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ มีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อใช้ในการยืนยันตัวตนและการตรวจสอบสมาชิกภาพให้เป็นไปตามข้อบังคับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ จะเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้จนถึงวันที่ท่านพ้นจากสมาชิกภาพตามข้อบังคับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ และปฏิบัติตาม พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 อย่างเคร่งครัด

THE NURSES ASSOCIATION OF THAILAND

UNDER THE ROYAL PATRONAGE OF HER ROYAL HIGHNESS PRINCESS SRINAGARINDRA