



ใบสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
ประเภทองค์กรสมาชิกตลอดชีพ

วันที่สมัครเป็นสมาชิก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคม / ชมรม

ก่อตั้งเมื่อ.....จำนวนสมาชิกปัจจุบัน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

Website :E-mail :

สถานที่ติดต่อที่สะดวก.....โทรศัพท์.....

วัตถุประสงค์ของสมาคม / ชมรม.....

ประธานสมาคม / ชมรม.....

รองประธาน.....

เลขาธิการ.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ประเภทสมาชิกองค์กร

และขอส่งค่าธรรมเนียมองค์กรสมาชิกตลอดชีพ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

ส่งจ่าย

ธนาณัติในนามสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ปณ.ราชเทวี 10401

หลักฐานที่แนบมาด้วย

1. สำเนาข้อบังคับ และระเบียบของสมาคม/ชมรม

2. สำเนาบัตรประจำตัว ประธาน รองประธาน และเลขาธิการสมาคม/ชมรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

สมาคม/ชมรม.....