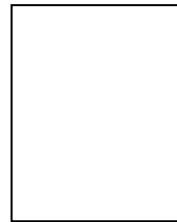




ใบสมัครสมาชิก
สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย



เลขประจำตัวสมาชิก

สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย

ประวัติส่วนตัว / ที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อภาษาไทย นาย / นาง / นางสาว นามสกุล ตำแหน่ง
ชื่อภาษาอังกฤษ MR. / MS / Mrs.
วัน / เดือน / ปี เกิด / / อายุ ปี เชื้อชาติ สัญชาติ
เลขที่ประจำตัวประชาชน 13 หลัก
ที่อยู่ปัจจุบัน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ Fax
เบอร์มือถือ E-mail address

ประวัติการศึกษา/ การทำงาน

สถาบันที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท สาขา
☐ ปริญญาเอก สาขา ☐ การศึกษาต่อเนื่อง เฉพาะทาง
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล
ปัจจุบันปฏิบัติงานประจำหน่วย ☐ Hemodialysis ☐ CAPD
☐ อื่นๆ ระบุ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์
เป็นผู้สอบผ่านผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ปี พ.ศ. ลำดับที่
สถานที่ที่ท่านต้องการให้ส่งเอกสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ สมัครสมาชิกตลอดชีพสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย

โดยข้าพเจ้าได้ชำระเงินค่าสมัครสมาชิกจำนวน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

☐ ผากหรือโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภท ออมทรัพย์ ชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย 2

สาขาพระบรมมหาราชวัง เลขที่บัญชี 061-211252-8 ให้ส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินแนบมาพร้อมกับใบสมัคร

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

ผู้รับรอง สมาชิกเลขที่

ชื่อ นามสกุล

วันที่

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ ผู้รับสมัคร

วันที่

ใบเสร็จเลขที่ เลขที่

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

ปรับปรุง ๑๘ มิ.ย.๖๕

คุณสมบัติ

1. เป็นสมาชิกสภาการพยาบาล
2. เป็นพยาบาลผู้ประกอบอาชีพด้าน Hemodialysis , CAPD ทั้งภาครัฐและเอกชน
3. เป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตทุกสาขา
4. ค่าสมัครสมาชิก สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย ตลอดชีพ 2,000.00 บาท และเข้ามามีตัวตนทุก 5 ปีตามช่องทางของสมาคมฯที่กำหนดไว้
5. มีสมาชิกสามัญของสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย รับรองอย่างน้อย 1 คน ตามระเบียบของสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย

การส่งใบสมัคร

1. กรอกแบบฟอร์มใบสมัครของสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย ให้ครบถ้วน
2. รูปถ่ายปัจจุบันขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรสมาชิกสภาพยาบาล 1 ใบ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรข้าราชการที่มีเลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก อย่างใดอย่างหนึ่ง 1 ใบ
5. ฝากเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี **สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย 2** สาขาพระบรมมหาราชวัง เลขที่บัญชี 061-211252-8 และ ให้ส่งสลิปการโอนเงิน/ใบฝากเงินฉบับจริงและใบสมัครสมาชิกไปที่สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย ตามที่อยู่ด้านล่าง

หมายเหตุ สมาคมฯดำเนินการรับสมัครให้สำหรับท่านที่นำส่งสำเนาสลิปการโอนเงินหรือใบฝากเงินที่เคาน์เตอร์ของธนาคารไทยพาณิชย์เท่านั้น ไม่รับฝากเงินทางตู้รับฝากเงินอัตโนมัติ และส่งฉบับจริงให้สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทยแนบมาพร้อมกับใบสมัคร

ส่งถึง

สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย

สำนักงานใหญ่ เลขที่ ๑๒๕/๑๒,๑๒๕/๑๓ อาคารเพชรศิรินทร์คอนโดทาวน์ ๑
ถนนบรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

(สมัครสมาชิก สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย)