



ใบสมัครสมาชิก

ชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

.....

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี วุฒิ .....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน ..... ตรอก/ซอย .....

แขวง ..... เขต ..... จังหวัด ..... โทร .....

ตำแหน่ง  พยาบาล .....  เจ้าหน้าที่พยาบาล  อื่นๆ (ระบุ) ..... ระดับ.....

หน้าที่ ..... กอง/ศูนย์ฯ ..... ศูนย์สาขา.....

ศูนย์ประสานงาน..... กรุงเทพมหานคร โทร..... ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรม

สายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประเภท .....

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนและได้ทราบข้อบังคับของชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครแล้ว ยินดีปฏิบัติทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง

ได้ส่งเงินค่าลงทะเบียน ..... บาท และค่าบำรุง จำนวน ..... บาท

รวมเป็นเงิน ..... บาท (.....) มาพร้อมใบสมัครนี้

ความเห็นคณะกรรมการ

สมาชิกเลขที่ .....

คณะกรรมการพิจารณาแล้ว มีความเห็นว่า นาย/น.ส. ....

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติครบถ้วนตาม

ข้อบังคับชมรมฯ ทุกประการสมควรรับไว้เป็นสมาชิกของชมรมฯ

ลงชื่อ ..... ประธานชมรมฯ

ลงชื่อ ..... นายทะเบียน

ลงชื่อ ..... เลขานุการ