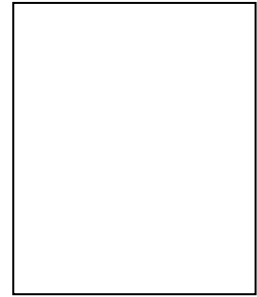


เลขที่สมาชิก.....



ใบสมัครสมาชิก  
ชมรมพยาบาลสีเกล้า



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เหล่า.....สังกัด.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำเร็จการศึกษาจาก.....รุ่นที่.....เมื่อ พ.ศ.....

วุฒิการศึกษาทางการพยาบาล.....วุฒิการศึกษาอื่นๆ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....ถนน.....

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

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

สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

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

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-Mail.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของชมรมพยาบาลสีเกล้า

ประเภท  สมาชิกตลอดชีพ  สมาชิกสมทบ  สมาชิกกิตติมศักดิ์

ค่าบำรุงและค่าทะเบียนสมาชิก 500 บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของชมรมพยาบาลสีเกล้าทุกประการ

ลงนามผู้สมัคร .....

ลงนามผู้รับรอง .....

- หมายเหตุ
1. ผู้รับรองโดยนายทะเบียนของแต่ละเหล่า
  2. ภาพถ่ายชุดข้าราชการ / เครื่องแบบพยาบาล / พลเรือนชุดสุภาพ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
  3. สำเนาบัตรที่มี ยศชื่อนามสกุลชัดเจน 1 ใบ
  4. ส่งใบสมัครพร้อมเงินที่นายทะเบียนแต่ละเหล่า