



สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)
THAI CARDIO-THORACIC NURSES
ASSOCIATION

(โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง)

ภาพถ่าย
ขนาด 1
นิ้ว

(สำหรับเจ้าหน้าที่) เลขที่สมาชิก..... ประเภทสมาชิก กิตติมศักดิ์ สามัญ
สมทบ

ชื่อ-สกุล ภาษาไทย (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เลขใบอนุญาตประกอบ
วิชาชีพ (10หลัก)

เลขสมาชิกสภาการพยาบาล เกิดวันที่.....เดือน.....
.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

โทรศัพท์มือถือ Address Email :

สถานะสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ☐ เป็นสมาชิก

☐ ไม่เป็นสมาชิก

ที่ทำงาน (โรงพยาบาล) แผนก

เลขที่ หมู่ ซอย..... ถนน

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ที่ทำงาน

โทรสาร.....ที่อยู่ปัจจุบัน

.....ซอย.....หมู่บ้าน

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ติดต่อ

สะดวก.....

สำเร็จหลักสูตรพยาบาลจาก

..... เมื่อปี พ.ศ.

วุฒิการศึกษาสูงสุด

ค่าธรรมเนียมสมาชิก ค่าสมัครสมาชิก = 800.-บาท (รวมค่าจัดส่งทาง
ไปรษณีย์)

☐ สามัญตลอดชีพ (พยาบาล) ☐ สมทบตลอดชีพ (ผู้ช่วยพยาบาล, เจ้าหน้าที่พยาบาล, อื่นๆ)

สิ่งที่ต้องส่งมาด้วย 1. ใบสมัครสมาชิก (กรณารอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง)

2. สำเนาใบฝากเงินธนาคาร

ต้องการให้ส่งบัตรสมาชิก (กรณาระบุ)

☐ ที่อยู่ปัจจุบัน

☐

สำหรับผู้สมัคร ชำระค่าสมัคร เงินสด เข้าบัญชีออมทรัพย์ จำนวนเงิน..... บาท (.....) ลายเซ็นผู้สมัคร วันที่ เดือน พ. ศ.	สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้ให้ใบเสร็จไปแล้ว ณ วันสมัคร ให้แล้ว ไม่ได้ให้ ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ รับ..... วันที่ เดือน พ.ศ.
--	--

ที่ทำงาน

การชำระค่าสมาชิก ผ่านธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขาเทสโก้โลตัส รัตนาธิเบศร์ ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)” เลขที่บัญชี 405 – 796522 - 1 ประเภทบัญชีออมทรัพย์ และส่งหลักฐานใบสมัครพร้อมสำเนาใบฝากเงินธนาคาร มาที่ สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) 74 ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2591-9794

Address Email : cvtnurses@hotmail.com เยี่ยมชมเว็บไซต์ :
<http://www.thaicvtnurse.org/>