



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรม

ชมรมพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

วัน เดือน ปี

เรียน ประธานชมรมพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

๑.ข้าพเจ้าวัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี

บัตรประชาชนเลขที่.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย/ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail address.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ตำแหน่งงาน.....เลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาต.....

๒.ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกชมรมพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

๓.ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของชมรมทุกประการ

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้โอนเงินผ่าน ธนาคารกรุงไทยสาขาอุดรดิตถ์ ชื่อบัญชี ชมรมพยาบาลจิตเวชและยาเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข บัญชีเลขที่ ๕๑๐-๐-๙๙๔๔๖-๐ จำนวน ๓๐๐ บาทแล้วดั่งเอกสารที่แนบไป พร้อมกับไปสมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

หมายเหตุ

หลักฐานการสมัครสมาชิกชมรม

๑.ใบสมัครที่กรอกข้อความและลงลายมือชื่อผู้สมัคร

๒.สำเนาหลักฐานการโอนเงิน

ส่งหลักฐานการสมัคร โดยสแกนหรือภาพถ่ายที่ชัดเจนไปที่ E- mail: psychiaddictnurse@outlook.co.th