ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย
THAI CARDIO-THORACIC NURSES ASSOCIATION

ภาพถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

เลขที่สมาชิก..... **(โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง)**

ประเภทสมาชิก ☐ กิตติมศักดิ์ ☐ สามัญ ☐ สมทบ

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

ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... เลขใบประกอบวิชาชีพ (10 หลัก).....

เกิดวันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อายุ ..... ปี ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน (โรงพยาบาล) ..... แผนก .....

เลขที่..... หมู่..... ซอย ..... ถนน .....

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... โทรสาร .....

บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... หมู่บ้าน .....

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

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก .....

โทรศัพท์มือถือ ..... Email.....

สำเร็จหลักสูตรพยาบาลจาก ..... เมื่อปี พ.ศ. .....

วุฒิการศึกษาสูงสุด .....

ต้องการสมัครสมาชิก ค่าสมัครสมาชิก 600.- บาท (รวมค่าจัดส่งทางไปรษณีย์)

☐ สามัญตลอดชีพ (พยาบาล)

☐ สมทบตลอดชีพ (ผู้ช่วยพยาบาล, เจ้าหน้าที่พยาบาล, อื่นๆ)

สิ่งที่ต้องส่งมาด้วย 1. ใบสมัครสมาชิก (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง)

2. สำเนาใบฝากเงินธนาคาร

ต้องการให้ส่งบัตรสมาชิก (กรุณาระบุ) ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน

สำหรับผู้สมัคร	**สำหรับเจ้าหน้าที่**
ชำระค่าสมัคร ☐ เงินสด ☐ เข้าบัญชีออมทรัพย์	**ได้ให้ใบเสร็จและบัตรสมาชิกไปแล้ว ณ วันสมัคร**
จำนวนเงิน ..... บาท (.....)	**☐ ให้แล้ว ☐ ไม่ได้ให้**
ลายเซ็นผู้สมัคร	ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.	วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

การชำระค่าสมาชิก ผ่านธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขาเทสโก้โลตัส รัตนาธิเบศร์ ชื่อบัญชี "สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย)" เลขที่บัญชี 405 – 796522 – 1 ประเภทบัญชีออมทรัพย์ **และส่งหลักฐานใบสมัครพร้อมสำเนาใบฝากเงินธนาคาร มาที่** สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) 39 หมู่ 9 ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2591-9794

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

ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก
สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) .....

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย .....

☐ **ต่ออายุสมาชิกวารสารเล่มที่** .....**ปี** .....

ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร) เลขที่ ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก ..... E-mail .....

☐ **สมาชิกวารสารใหม่ มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารมีกำหนด** ..... **ปี**

เริ่มตั้งแต่ฉบับที่.....**ปี พ.ศ.** .....**ถึงฉบับที่**.....**ปี พ.ศ.** .....

อัตราค่าสมาชิก (ปีละ 2 เล่มๆ ละ 100 บาท (ราคาปรับเริ่มตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ.2558)

☐ 1 ปี 200 บาท (2 เล่ม) ☐ 2 ปี 400 บาท (4 เล่ม) ☐ 3 ปี 600 บาท (6 เล่ม)

(ออกปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1: มกราคม-มิถุนายน, ฉบับที่ 2: กรกฎาคม-ธันวาคม)

ชำระค่าสมัคร ☐ เงินสดให้กับเจ้าหน้าที่.....

☐ เข้าบัญชีออมทรัพย์

โดย น.ส.ดวงกมล วัตราดุลย์ พตท. หญิง ปัทมา พีระพันธุ์

และ น.ส.วิภาวรรณ บัวสรวง

เลขที่บัญชี 045-534018-6

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย

จำนวนเงิน ..... บาท (.....)

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

กรุณาแนบสำเนาใบสมัครและ

หลักฐานการชำระเงิน (ใบสลิปการโอนเงินธนาคาร)

ส่งมาที่ : ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

***ไม่รับสมัครสมาชิกวารสารทางธนาณัติ**

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น

ได้ให้วารสารไปแล้ว ณ วันสมัคร

☐ ให้แล้ว ☐ ไม่ได้ให้

เล่มปี พ.ศ.	ฉบับที่
เล่มปี พ.ศ.	ฉบับที่

ꕥ เริ่มต้นที่เล่ม ꕥ

พ.ศ. ...../ฉบับที่.....

จำนวนเงิน ..... บาท (.....)

รหัสธนาคาร ..... ว/ด/ป .....

ออกใบเสร็จเลขที่ ..... เล่มที่ .....

รวมหนังสือที่ได้รับแล้ว ..... เล่ม

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ .....

หมายเหตุ .....

.....