



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.....

สมัครสมาชิกประเภท สามัญตลอดชีพ (พยาบาล) 500.- บาท

สมทบตลอดชีพ (ผู้ช่วยพยาบาล, เจ้าหน้าที่พยาบาล, อื่นๆ) 500.- บาท

สิ่งที่ต้องส่งมาด้วย

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - ใบสมัครสมาชิก (กรอกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง)
 - สำเนาใบนำฝากของธนาคาร
- ต้องการให้ส่งบัตรสมาชิกที่ บ้าน ที่ทำงาน

สำหรับผู้สมัคร	สำหรับเจ้าหน้าที่
ชำระค่าสมัคร <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เข้าบัญชีออมทรัพย์	ได้ให้ใบเสร็จและบัตรสมาชิกไปแล้ว ณ วันสมัคร
จำนวนเงิน..... บาท (.....)	<input type="checkbox"/> ให้แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้
ลายเซ็นผู้สมัคร.....	ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....	วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

การชำระค่าสมัคร ผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสาทททททททท ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (แห่งประเทศไทย)” เลขที่บัญชี 045-522972-0 ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ และส่งหลักฐานใบสมัครพร้อมสำเนาใบนำฝากเงินธนาคาร มาที่ นางวิไลวรรณ เจริญผลดี สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย 39 หมู่ 9 ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท/โทรสาร 0-2591-9794





ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก สมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง)

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย

ต่ออายุสมาชิกวารสารเล่มที่ ปี

ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร) เลขที่..... ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก E-mail

สมาชิกวารสารใหม่ มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารมีกำหนด

เริ่มตั้งแต่วันที่.....ปี พ.ศ.ถึงฉบับที่.....ปี พ.ศ.

อัตราค่าสมาชิก (ปีละ 2 เล่มๆ ละ 75 บาท เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552)

1 ปี 150 บาท (2 เล่ม) 2 ปี 300 บาท (4 เล่ม) 3 ปี 450 บาท (6 เล่ม)

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

<p>ชำระค่าสมัคร <input type="checkbox"/> เงินสดให้กับเจ้าหน้าที่..... <input type="checkbox"/> เข้าบัญชีออมทรัพย์ โดย น.ส.ดวงกมล วัตราดุลย์ พตท. หญิง ปัทมา พิระพันธ์ และ น.ส.วิภาวรรณ บัวสรวง เลขที่บัญชี 045-534018-6 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย</p> <p>จำนวนเงิน บาท (.....) ลายเซ็นผู้สมัคร..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.</p>	<p>กรุณาแนบสำเนาใบสมัครและ หลักฐานการชำระเงิน (ใบสลิปการโอนเงินธนาคาร) ส่งมาที่: ผศ.ดร.ดวงกมล วัตราดุลย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เลขที่ 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 *ไม่รับสมัครสมาชิกวารสารทางธนาณัติ</p>
--	---

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเท่านั้น	
<p>ได้ให้วารสารไปแล้ว ณ วันสมัคร</p> <p><input type="checkbox"/> ให้แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่ได้ให้</p> <p>เล่มปี พ.ศ. ฉบับที่</p> <p><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>เล่มปี พ.ศ. ฉบับที่</p> <p><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>๙๐ เริ่มต้นที่เล่ม ๙๙ พ.ศ. / ฉบับที่.....</p>	<p>จำนวนเงิน บาท (.....) รหัสธนาคาร ว/ด/ป</p> <p>ออกใบเสร็จเลขที่ เล่มที่</p> <p>รวมหนังสือที่ได้รับแล้ว เล่ม</p> <p>ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับ</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>.....</p>
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	

