



รูปถ่าย  
1 นิ้ว

### คำขอสมัครเป็นสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

ชื่อสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

สถานที่ที่ต้องการให้สมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติติดต่อ.....เลขที่.....

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

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

ประวัติการศึกษา

ปริญญา/ประกาศนียบัตรใบรับรอง	กำลังศึกษา	วัน เดือน ปี ที่สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
หลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป รักษาโรคเบื้องต้น			
ปริญญาเอก			
อื่นๆ			

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก โดยข้าพเจ้ามีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน ตามข้อบังคับสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติว่าด้วยสมาชิก  
สามัญและได้ชำระค่าธรรมเนียม ค่าบำรุงและได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนา  ปริญญา  ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา  ใบรับรอง/ประกาศนียบัตร
- รูปถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา ค่า ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป
- หลักฐานอื่นๆ(ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าได้ชำระหรือส่งเงินค่าธรรมเนียมและค่าบำรุงมาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

- ค่าธรรมเนียมจดทะเบียนสมาชิก จำนวน 200 บาท
- ค่าบำรุงสมาคม (1ปี) จำนวน 500 บาท
- ค่าบำรุงสมาคม (5ปี) จำนวน 2,000 บาท

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นขอ  
(.....)

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย / ใน  ที่แจ้งหรือดำเนินการ

การสมัคร: สมัครทางไปรษณีย์ โดยการส่งเอกสารและโอนเงินค่าธรรมเนียมและค่าบำรุงเข้าชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติ บัญชีออมทรัพย์  
ธนาคารกรุงไทย สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข-ดิวานนท์ บัญชีเลขที่ 142-0-08873-4

การจัดส่งเอกสาร : ส่งเอกสารการสมัครพร้อมสำเนา Slip ใบโอนเงินค่าธรรมเนียม มา ณ. สมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติ สถาบันวิจัยและพัฒนา  
ระบบการพยาบาล สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนดิวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ 11000

ขอรับคำขอสมัครเป็นสมาชิกได้ที่

1) คณะกรรมการสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติ

คณะกรรมการสมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติ	สถาบันการศึกษา	E-mail
รศ.ดร.ขนิษฐา นันทบุตร รศ.ดร.พนัญญา พานิชชาชีวะกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	khanitta@kku.ac.th panittha@kku.ac.th
รศ.ดร. สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ อาจารย์พัชรินทร์ พูลทวี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	suwanna@buu.ac.th patcharh@buu.ac.th
รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์ รศ.ดร.ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	wilawan@mail.nurse.cmu.ac.th thanaruk@mail.nurse.cmu.ac.th
รศ.ดร. สุนีย์ ละก้าปิ่น	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
ผศ.ดร. แสงอรุณ อิศระมาลัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	isangarun@hotmail.com
ดร. ศรีสุดา รัศมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์	
พ.จ.อ.เผ่า อนันต์จิว	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี อ.เมือง จ.เพชรบุรี	phaopathai@yahoo.com
นายวิโรจน์ เจริญยิ่ง	โรงพยาบาลกบินทร์บุรี อ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี	
นางวิษุเวช เอียดเต็ม	โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ อ.เมือง จ.นราธิวาส	
นางสาวสัมฤทธิ์ ต่อสติ	กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานเทศบาลพระนครศรีอยุธยา อ.พระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา	

2) ทาง website: [www.tnc.or.th](http://www.tnc.or.th) หรือ

ติดต่อที่ คุณวโรชา ศรีเจริญ สมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบการพยาบาล สภาการพยาบาล  
อาคารนครินทร์ศรี ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 02- 951-0145-51 ต่อ 5520 E-mail: [tnpa2552@gmail.com](mailto:tnpa2552@gmail.com).