

ใบสมัครชมรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปภาคใต้

(โปรดกรอกข้อมูลให้ถูกต้องและชัดเจน)

ชื่อ นาย นาง นางสาวนามสกุล.....

ยศ.....อภิไธย.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี สัญชาติ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ทำงาน.....ตำแหน่ง.....

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

สำเร็จหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น)

จากสถาบัน.....เมื่อ.....

สมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่.....ออกให้ณวันที่.....วันหมดอายุ.....

สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขา.....เลขที่.....

ออกให้ณวันที่.....วันหมดอายุ.....

ใบอนุญาตเลขที่ _ _ _ _ _ ออกให้ณวันที่.....วันหมดอายุ.....

เวชปฏิบัติทั่วไปเลขที่ _ _ - _ _ - _ _ _ _ / _ _ _ _ ออกให้ณวันที่.....

วุฒิบัตรความชำนาญเฉพาะทาง (APN) สาขา.....เลขที่...../.....

ออกให้ณวันที่.....วันหมดอายุ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

กรุณาส่ง คุณอมรรัตน์ ลิ้มเฮง
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
182 ถนนรัชกาล โรงพยาบาลหาดใหญ่
อ. หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110