



สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ใ
สมัครเป็นสมาชิก

รูปถ่าย

1 นิ้ว

ประเภท สมาชิกสามัญ สมาชิกสมทบ

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ภาษาอังกฤษ Mr. Mrs. Miss Ms. Name.....Surname.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/หย่า

เลขที่บัตรประชาชน _____ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

ที่อยู่ ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่/หมู่บ้านตรอก/ซอย

ถนนตำบล/แขวง อำเภอ /เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

ที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่เดียวกับทะเบียนบ้าน อื่นๆ ระบุบ้านเลขที่ หมู่/หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย ถนนตำบล/แขวง อำเภอ /เขต

จังหวัดรหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์(บ้าน) โทรศัพท์ (mobile)..... โทรสารE-mail :

การทำงาน ไม่ได้ทำงาน ชื่อสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน โรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์

หน่วยงาน(ระบุสาขาย่อย...ถ้ามี) ศัลยกรรม : OPD Ward นรีเวช : OPD Ward

อายุรกรรม : OPD Ward กุมารฯ : OPD Ward รังสีรักษา : OPD Ward

เคมีบำบัด : OPD Ambulatory/daycare. Ward ER อื่นๆ (ระบุ)

หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร

การติดต่อ สถานที่ที่ต้องการให้สมาคม ฯ ติดต่อส่งข่าวสาร ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน E-mail

การศึกษา

ประเภท	สาขา	เดือน ปี ที่สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา
ต่ำกว่าปริญญาตรี : <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร <input type="checkbox"/> อนุปริญญา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
การพยาบาลเฉพาะทาง	การพยาบาลมะเร็ง 16 สัปดาห์		

อบรมเฉพาะทางระยะสั้น	การพยาบาลเคมีบำบัดระยะสั้น 10 วัน		
อื่นๆ.....			

พลิกหน้า 2

- ตำแหน่งงานในปัจจุบัน
- ผู้บริหารการพยาบาล /หัวหน้าหอผู้ป่วย อาจารย์พยาบาล พยาบาลชำนาญการ
- พยาบาล APN สาขา
- พยาบาลประจำคลินิก/OPD/หอผู้ป่วย
- อื่นๆ

สาขาและความเชี่ยวชาญงานในปัจจุบัน และจำนวนปีประสบการณ์ในสาขา

- Medical oncology ประสบการณ์ปี Radiation oncology ประสบการณ์ปี
- Surgical oncology ประสบการณ์ปี Pediatric oncology ประสบการณ์ปี
- ENT oncology ประสบการณ์ปี Blood and marrow transplantation ประสบการณ์ปี
- Palliative care ประสบการณ์ปี Prevention and Early detection ประสบการณ์ปี
- Research nurse ประสบการณ์ปี อื่นๆ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก โดยข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับของสมาคมพยาบาลมะเร็งแห่งประเทศไทยว่าด้วยสมาชิก และได้ชำระค่าบำรุงสมาชิก พร้อมแนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน 2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล 3. สำเนาหลักฐานการโอนเงิน 4. รูปถ่าย หน้าตรง ครึ่งตัว ทำนั่ง ไม่สวมแว่นตา จำนวน 2 รูป

ข้าพเจ้าได้ชำระหรือส่งเงินค่าบำรุงสมาชิกมาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

- สมาชิกสามัญ จำนวนเงิน 500 บาท / 5 ปี สมาชิกสมทบ จำนวนเงิน 300 บาท / 5 ปี

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)