



ใบสมัคร

สมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ-สกุล.....สกุลเดิม.....

อายุ.....ปี วันเดือนปี เกิด.....สัญชาติ.....

สำเร็จการศึกษาหลักสูตร

ผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

พยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

พยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง) รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

พยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

พยาบาลศาสตร์ (เฉพาะกาล) รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

การอบรมระยะสั้น (โปรดระบุ).....

รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

หลักสูตรอื่นๆ (โปรดระบุ).....

รุ่นที่..... พ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ข้าพเจ้า มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์ โดยชำระค่า

สมาชิกตลอดชีพ ..... บาท

สมาชิกชั่วคราว ..... บาท/ปี (กรณีสมัครต่อเนื่อง 5 ปี จะปรับเป็นสมาชิกตลอดชีพ)

ตัวแลกเงิน ไปรษณีย์ เลขที่.....

ธนาณัติ เลขที่.....

โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย หมายเลขบัญชี.....

แนบมาพร้อมใบสมัครนี้ เพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

หมายเหตุ ส่งในนาม

.....

.....

.....

.....