



## ใบสมัครสมาชิก

### 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1) ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/ยศ/ตำแหน่งทางวิชาการ)  
คำนำหน้าชื่อ ..... ชื่อ ..... นามสกุล .....
- 2) วัน เดือน ปี เกิด .....
- 3) วุฒิการศึกษาสูงสุด  ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก  อื่น ๆ ระบุ .....
- 4) ที่อยู่ บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... อีเมล .....
- 5) สถานที่ทำงาน .....  
ที่อยู่ .....
- 6) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่ .....
- 7) ความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ด้านการพยาบาลเด็ก  
 ทารกแรกเกิด  
 เด็กภาวะวิกฤต  
 เด็กโรคเรื้อรัง  
 อื่น ๆ (ระบุ) .....

### 2 การสมัครสมาชิก

- ตลอดชีพ ค่าบำรุงสมาคม 4,000 บาท  
การชำระเงินค่าบำรุงสมาคม :  ชำระครั้งเดียว 4,000 บาท  
 ชำระ 2 งวด ติดต่อกัน งวดละ 2,000 บาท  
ตั้งแต่วันที่ ..... พ.ศ. .... ถึงเดือน ..... พ.ศ. ....

### 3 วิธีชำระเงิน

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช  
ชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ประเทศไทย เลขที่บัญชี 016 - 441330 - 7  
\*กรุณาส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงิน (ใบ slip ธนาคาร) แนบไปกับใบสมัครด้วย

### 4 โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินไปยัง

นายกสมาคมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ประเทศไทย  
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่ ..... / ..... / .....