



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
ใบสมัครสมาชิก
เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย
ประเภทบุคคล

วันที่สมัครเป็นสมาชิก วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail address.....

สถานที่ติดต่อสะดวก บ้าน ที่ทำงาน

ขอสมัครเป็นสมาชิกเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่.....