



ใบสมัครสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) _____ นามสกุล _____

วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

โทรศัพท์ _____ E-mail address _____

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก อื่น ๆ ระบุ _____

สถาบันการศึกษา _____

ตำแหน่งปัจจุบัน _____ ระยะเวลาปฏิบัติงาน _____ ปี

สถานที่ทำงานปัจจุบัน (โปรดระบุให้ชัดเจน) _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

มีความประสงค์สมัครสมาชิกชมรมฯ ประเภท

- สมาชิกสามัญ (พยาบาลผดุงครรภ์) 5 ปี ค่าบำรุง 500 บาท
 ตลอดชีพ ค่าบำรุง 1,000 บาท
- สมาชิกวิสามัญ 5 ปี ค่าบำรุง 500 บาท
 ตลอดชีพ ค่าบำรุง 1,000 บาท

ชำระค่าสมาชิกโดย

- เงินสด ที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วาสนา จิตติมา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ 087-685-3905 e-mail vasana.jit@mahidol.ac.th

- บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) เลขที่บัญชี 016-445363-2

ชื่อบัญชี ชมรมพยาบาลมารดา-ทารกและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

จำนวนเงิน _____ บาท (_____) พร้อมส่งหลักฐานการโอนที่ ID Line vasanajitima

ลงชื่อ _____

วันที่ _____

