



ใบสมัครสมาชิกตลอดชีพสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ

ชื่อ ชื่อสกุล (เขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-ชื่อสกุลเดิม

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต /อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

สถานที่ทำงาน/ หอผู้ป่วย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ มือถือ

E Mail

เลขที่สมาชิก

เลขที่บัตรประชาชน

สมัครสมาชิกสามัญ (ผู้ที่จบจาก มหาวิทยาลัยมหิดล)

สำเร็จการศึกษา

ปริญญาตรี พ.ศ.

ปริญญาโท พ.ศ.

ปริญญาเอก พ.ศ.

เฉพาะทางสาขา พ.ศ.

จาก

สมัครสมาชิกสมทบ (ผู้ที่จบจากสถาบันอื่น)

สำเร็จการศึกษา

ปริญญาตรี พ.ศ.

ปริญญาโท พ.ศ.

ปริญญาเอก พ.ศ.

จาก

ประสบการณ์ทำงานในคณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล/ฝ่ายการพยาบาล ร.พ.ศิริราช เป็นเวลา ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลายเซ็น

วันที่ เดือน พ.ศ.

บันทึกของสมาคมฯ

รับเงินค่าบำรุงเมื่อ ใบเสร็จเล่มที่ เลขที่
ลายมือชื่อ เสร็จญุก

คณะกรรมการอำนวยการมีมติรับเมื่อ
ลายมือชื่อ เลขธิการ

ลงทะเบียนเป็นสมาชิกเมื่อ
ลายมือชื่อ นายทะเบียน


เลขที่สมาชิกตลอดชีพ

ได้รับบัตรเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อผู้รับบัตรสมาชิก
วันที่รับบัตรสมาชิก / /

รายละเอียดการสมัครเป็นสมาชิก

ค่าสมัครเป็นสมาชิกตลอดชีพ 1,000 บาท
รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 ใบ

หมายเหตุ  ติดต่อขอใบสมัคร / ยื่นใบสมัครพร้อมรูปถ่าย/ และชำระเงิน
ที่สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล
เลขที่ 2 ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 02-411-0329, Fax. 02 -866-2585
E.mail : nsalumni@ diamond.mahidol.ac.th

สิทธิประโยชน์ของสมาชิก

- ประดับเข็มเครื่องหมายของสมาคมฯ
- ออกเสียงเสนอความคิดเห็นในที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี
- มีสิทธิเลือกตั้งและได้รับการเลือกตั้งเป็นกรรมการอำนวยการของสมาคมฯ
- มีสิทธิจองบ้านพักตากอากาศบ่อฝ้าย (หัวหิน) ในนามสมาชิกลด 50 %
- สิทธิการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช ลดส่วนเกิน ค่าห้อง ค่าอาหาร 50%