



แบบฟอร์มขอสมัครเข้าชมรมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

1. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....
2. วัน เดือน ปีเกิดอายุ.....ปี
3. บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
4. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ ประเภท.....ชั้น.....
เลขที่ใบอนุญาต.....วันที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
5. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....
โทรศัพท์..... E Mail.....
6. การศึกษาและสถาบันที่สำเร็จ
 - 6.1 ประกาศนียบัตร.....จาก..... พ.ศ.
 - 6.2ปริญญาตรี.....จาก..... พ.ศ.
 - 6.3ปริญญาโท.....จาก..... พ.ศ.
 - 6.4ปริญญาเอก.....จาก.....พ.ศ.
7. รางวัล / ประกาศเกียรติคุณที่ท่านเคยได้รับ ด้านวิชาการ ด้านวิชาชีพ ด้านคุณธรรม ด้านอื่นๆ
คือ.....ระดับ หน่วยงาน ชาติ นานาชาติ
วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับรางวัล.....
8. ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงาน.....
9. จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี หลักสูตร.....
รุ่นที่..... ปี พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....

อัตราค่าสมาชิกตลอดชีพ เป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

ฌนาณัติเลขที่

สั่งจ่ายในนาม อาจารย์ปวีดา โพธิ์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสุพรรณบุรี

ชื่อบัญชี “ ชมรมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี” เลขที่ 710-0-23015-2

หมายเหตุ กรุณาส่ง Fax ใบสมัคร และสำเนาการโอนเงินที่ระบุชื่อ-สกุล มาที่เบอร์ 035-535251