



## ใบสมัครสมาชิกสมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย

เลขที่สมาชิก

### ประวัติส่วนตัว / ที่อยู่ปัจจุบัน

ชื่อภาษาไทย นาย / นาง / นางสาว ..... นามสกุล ..... ตำแหน่ง .....

ชื่อภาษาอังกฤษ MR. / MS / Mrs.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

วัน / เดือน / ปี เกิด ..... / ..... / ..... อายุ ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เบอร์มือถือ.....

### ประวัติการศึกษา/ การทำงาน

สถาบันที่จบการศึกษาพยาบาล..... สำเร็จการศึกษา พ.ศ. ....

ระดับการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี ปริญญาโท สาขา .....

ปริญญาเอก สาขา .....  การศึกษาต่อเนื่อง เฉพาะทาง .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานประจำหน่วย โรงพยาบาล/สถาบันฯ  อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... Fax.....

เบอร์มือถือ..... E-mail address .....

### ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย

สมาชิกกิตติมศักดิ์ ได้แก่บุคคลผู้ทรงเกียรติ หรือทรงคุณวุฒิ หรือผู้มีอุปการะคุณแก่สมาคมฯ

สมาชิกสามัญ ได้แก่ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจากทุกสถาบัน ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาล เป็นสมาชิกของสภาการพยาบาล มีประสบการณ์ประกอบวิชาชีพการพยาบาลผู้ไข้ยาและ สารเสพติด

ประเภท ราย 5 ปี ค่าลงทะเบียน 300 บาท ต่ออายุสมาชิก ทุก 5 ปี

ประเภทสามัญตลอดชีพ ค่าลงทะเบียน 500 บาท

สมาชิกสมทบ เป็นผู้สนใจงานการพยาบาล ผู้ไข้ยาและ สารเสพติด

### กรุณารอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... ผู้รับสมัคร

วันที่ .....

ใบเสร็จเล่มที่..... เลขที่ .....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....

### คุณสมบัติ

1. เป็นสมาชิกสภาการพยาบาลและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล
2. เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานยาเสพติดและ/หรือเกี่ยวข้องกับงานยาเสพติด

### การส่งใบสมัคร

1. กรอกแบบฟอร์มในใบสมัครของสมาคมฯ ให้ครบถ้วน
2. รูปถ่ายปัจจุบันขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
3. สำเนาบัตรสมาชิกสภาพยาบาล 1 ใบ
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ บัตรข้าราชการที่มีเลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก ใดอย่างหนึ่ง 1 ใบ