รูปถ่าย
1 นิ้ว
จำนวน 2 ใบ

ใบสมัครสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่สมาชิก.....

✷ ***สมัครเป็นสมาชิกประเภท*** o **กิตติมศักดิ์** □ **สามัญตลอดชีพ** o **สมาชิกสมทบ**

✷ ประวัติส่วนตัว ✷ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □–□□□□–□□□□□–□□–□

✷ เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ถ้ามี □□□–□□–□□

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด...../...../..... อายุ.....ปี เพศ o ชาย o หญิง

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ซอย.....ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์.....

ที่อยู่ที่ทำงาน

.....

.....

....เบอร์โทรศัพท์.....Fax.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้

สะดวก.....

.....

.....

Email : .....

ประวัติการศึกษา / ศึกษาต่อเนื่อง / ดูงาน	***ปีที่สำเร็จ***	***หลักสูตร***
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

✷***ความถนัดพิเศษและความสนใจอื่น ๆ***

.....

ลงชื่อผู้สมัครสมาชิก

(.....)

(.....)

วัน เดือน ปีที่สมัคร ...../...../.....

✂

ส่วนนี้สำหรับนายทะเบียน

ชื่อ

ผู้สมัคร.....

สมัครเป็นสมาชิกประเภท o กิตติมศักดิ์ (ไม่เสียเงิน) o สามัญตลอดชีพ (500 บาท) o สมาชิกสมทบ (300 บาท)

เอกสารที่ค้าง.....

ลงชื่อผู้รับสมัคร.....

วันที่ เดือน ปีที่รับสมัคร ...../...../.....

เพื่อความถูกต้องของการเก็บข้อมูลกรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจน

(สมัครได้ที่ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์-โทรสาร 02-2012026 มือถือ 084-922-9417 E-mail : rama_alumni12@hotmail.com)