ติดรูปถ่าย

 ๑ นิ้ว



วพยท. ๔

**คำขอรับบัตร**

กรณี หมดอายุ ชำรุดหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ สูญหาย แก้ไขเพิ่มเติมรายการในบัตร

 เขียนที่.....................................................

 วันที่..........เดือน .....................พ.ศ. .............

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)...................................................................................อายุ................................ปี

เกิดวันที่........เดือน.......................พ.ศ............ เชื้อชาติ........... สัญชาติ.............. ศาสนา........... สถานภาพ..........

 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่....................หมู่ที่................หมู่บ้าน.............................................................ตรอก/ซอย........................................ถนน.......................................... ตำบล/แขวง.................................................อำเภอ/เขต..............................................จังหวัด...........................................รหัสไปรษณีย์.....................................โทรศัพท์...................................................................โทรสาร..................................................................................

ชื่อสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน....................................................................................................................

เลขที่..................ถนน.....................................ตำบล/แขวง....................................อำเภอ/เขต..................................จังหวัด....................................รหัสไปรษณีย์..........................โทรศัพท์..................................โทรสาร.................................

สถานที่ที่ต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ.............................................................................................

เลขที่....................หมู่ที่.........................ถนน......................................ตำบล/แขวง...................................................

อำเภอ/เขต.....................................จังหวัด....................................................รหัสไปรษณีย์.....................................

โทรศัพท์......................................โทรสาร..............................ไปรษณีย์อีเลคโทรนิค (E-mail ) ................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **การศึกษา** | **สาขา** | **สถาบัน** | **ปีที่สำเร็จการศึกษา** |
| ปริญญาตรี |  |  |  |
| ปริญญาโท |  |  |  |
| ปริญญาเอก |  |  |  |
| อื่นๆ  |  |  |  |

 เป็นสมาชิกเลขทะเบียนที่....................................ออกให้วันที่............เดือน........................พ.ศ................

หมดอายุวันที่....................เดือน..........................................พ.ศ....................

 ข้าพเจ้าจึงประสงค์จะขอทำบัตรใหม่ เนื่องจาก บัตรหมดอายุ บัตรชำรุดหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ บัตรสูญหาย แก้ไขเพิ่มเติมรายการในบัตร...........................................................................

โดยข้าพเจ้ายังมีคุณสมบัติถูกต้องและครบถ้วนตามระเบียบวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงแห่งประเทศไทย ว่าด้วยสมาชิกสามัญ และได้ชำระค่าธรรมเนียมบัตร ค่าบำรุง และได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

* สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
* บัตรหมดอายุ
* บัตรที่มีอยู่ปัจจุบัน ( กรณีขอแก้ไขเพิ่มเติมรายการในบัตร )
* บัตรชำรุด หรือถูกทำลายในสาระสำคัญ
* หนังสือรับแจ้งความต่อพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) กรณีบัตรสูญหาย ของ (สถานีตำรวจ)................
* สำเนาปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตร (เฉพาะกรณี ที่สำเร็จ

 การศึกษาเพิ่มเติมจากที่ได้แจ้งไว้)

* รูปถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน

 จำนวน ๒ รูป

* หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี)..........................................................................................................................

ข้าพเจ้าได้ชำระหรือส่งเงินค่าธรรมเนียมและค่าบำรุง ดังนี้

 ค่าธรรมเนียมบัตร จำนวน ๒๐๐ บาท

 ค่าบำรุง จำนวน ๒,๐๐๐ บาท

 ค่าบำรุงที่ค้างชำระ ( ถ้ามี ) จำนวน.......................บาท

**(\*\* กรุณาชำระเงินจำนวน 2,200 บาท มายัง ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 142-0-11456-5 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงแห่งประเทศไทย)**

 ลงชื่อ.....................................................ผู้ยื่นคำขอ

 (...................................................)

**หมายเหตุ** ทำเครื่องหมาย “ x ” ใน ที่ต้องการแจ้ง หรือดำเนินการ