



ใบสมัครรับเลือกตั้งกรรมการสภาการพยาบาล

วาระ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

รูปถ่าย
ขนาด ๓ นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี
วุฒิการศึกษาสูงสุด/สาขา.....
จากสถาบันการศึกษา
สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่..... บัตรสมาชิก หหมดอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

- ☐ การพยาบาล ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... หหมดอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ☐ การผดุงครรภ์ ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... หหมดอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- ☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....ใบอนุญาตเลขที่..... หหมดอายุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันหรือที่อยู่ปัจจุบัน.....

..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน.....

ข้อความที่ผู้สมัครรับเลือกตั้งต้องการให้ประชาสัมพันธ์ (ทั้งนี้ต้องมีความยาวไม่เกิน ๔ บรรทัด ตัวพิมพ์อักษรขนาด ๑๖)

.....
.....
.....

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติ และมีสิทธิสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการสภาการพยาบาล จึงขอสมัครรับเลือกตั้ง และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัคร ดังต่อไปนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล
๒. สำเนาใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ การพยาบาลและการผดุงครรภ์
๓. สำเนาวุฒิการศึกษาสูงสุดซึ่งท่านระบุไว้ในใบสมัครรับเลือกตั้ง (ลต.๑)
๔. หลักฐานการชำระเงิน
๕. รูปถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ไม่สวมหมวก และไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๓ นิ้ว ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๓ รูป

กรณีที่ส่งใบสมัครมาทางอีเมล เอกสารในข้อ ๑- ๔ ให้แนบไฟล์เป็น PDF โดยให้รับรองสำเนาถูกต้องของเอกสารทุกฉบับ สำหรับรูปถ่ายให้ส่งเป็นไฟล์ JPG, PNG

ชำระค่าธรรมเนียมการสมัครรับเลือกตั้ง จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

link สำหรับกรอกข้อมูลเพื่อชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร <https://services๒.tnmc.or.th/request/form/A๕>



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความและเอกสารข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)