

ใบแสดงความจำนงสมัครสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดนครศรีธรรมราช

เลขที่สมาชิก.....

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข จึงขอให้รายละเอียดต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาในการรับขึ้นทะเบียนสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขให้แก่ข้าพเจ้า ดังนี้

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ความถนัด/ความสามารถพิเศษ.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ซอย/หมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

Email Address.....

ชื่อสามีอาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....สังกัดกระทรวงสาธารณสุข/ อื่น ๆ ระบุ.....

มีความประสงค์จะ () สมัคร () ต่ออายุ เป็นสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัด
นครศรีธรรมราช (มสส.นศ.)

ประเภท - สมาชิกสามัญ () รายปี () ตลอดชีพ

- สมาชิกสมทบ () รายปี () ตลอดชีพ

หนังสือสำคัญประจำตัวของข้าพเจ้า ดังนี้

() สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่.....

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

() หลักฐานอื่นๆ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง พร้อมทั้งได้รับทราบข้อบังคับของสมาคมแล้ว หาก
ข้าพเจ้าปฏิบัติตนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่สมาคมฯ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามระเบียบข้อ
บังคับของสมาคมทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

กรุณาส่งกลับ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช คุณฉันทอร สังข์แก้ว

ผู้ประสานงาน โทร ๐๘๖๔๗๖๘๒๙๒