



ใบสมัครสมาชิกสมาคมสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

เลขที่ของสมาชิก

--	--	--	--	--

ชื่อ-สกุล(นาย,นาง,นางสาว).....

วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน

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

ตำแหน่ง.....

ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทร..... E-mail.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ☐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

☐ โรงพยาบาล ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ☐ อื่นๆ ระบุ

ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก “สมาคมสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น”

พร้อมนี้ได้ส่งเงินค่าสมัครเป็นสมาชิก ☐ ค่าสมัครแรกเข้า 50 บาท ☐ สมาชิกตลอดชีพ (500 บาท)

.....ลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

.....นายทะเบียน/ผู้ตรวจสอบ

(นายคมกริช สิริภักย์โสภณ)

วันที่ เดือน พ.ศ.

- ค่าสมัครแรกเข้าและสมาชิกตลอดชีพ รวมเป็นเงิน 550 บาท (ห้าร้อยห้าสิบบาท)

ตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่.....เลขที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน

(นางอมรรัตน์ จันทร์เล็ก)

เหรัญญิกสมาคมสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลงชื่อ.....

(นายสุทัศน์ ดวงตะวงษ์)

เลขาธิการสมาคมสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น