



ใบสมัครประธานเขต

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

THE THAI PERIOPERATIVE NURSES ASSOCIATION

ติดภาพถ่าย

1 x 1

ชื่อ - สกุล (นาง / นางสาว / นาย) (ภาษาอังกฤษ)

มีความประสงค์สมัครเป็นประธาน เขต 1 เขต 2 เขต 3 เขต 4 เขต 5

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี

บ้าน เลขที่ ตำบล/แขวง เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ เบอร์มือถือ E-mail

ที่ทำงาน (โรงพยาบาล) แผนก ตำแหน่ง

เลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด ปี ตั้งแต่ พ.ศ.

ผลงานทางห้องผ่าตัดที่โดดเด่น

เคยร่วมทำงานกับชมรม / สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ตำแหน่ง พ.ศ.

วุฒิการศึกษา และ สถาบันนันทการศึกษ

ประสบการณ์การทำงาน

วิสัยทัศน์

(ความมุ่งมั่นที่ให้กับสมาคมฯ)

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่