

# ใบแสดงความจำนงสมัครสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข

เลขที่สมาชิก.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๕๙

ข้าพเจ้า มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข จึงขอให้รายละเอียดต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณาในการรับขึ้นทะเบียนสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขให้แก่ข้าพเจ้า ดังนี้

ชื่อ (นาง/นางสาว/พญ./ทญ./ภญ.).....อายุ.....ปี

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

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

ความถนัด/ความสามารถพิเศษ.....

ที่อยู่ เลขที่.....ซอย/หมู่บ้าน.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

มือถือ.....Email Address.....

ชื่อสามี.....อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....กระทรวงสาธารณสุข / อื่นๆระบุ.....

หนังสือสำคัญประจำตัวของข้าพเจ้า (....) บัตรประจำตัวข้าราชการ (....) บัตรประจำตัวประชาชน

(....) อื่นๆระบุ.....เลขที่บัตร.....

ออกโดย.....เมื่อวันที่.....หมดอายุ.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และด้วยความสมัครใจเป็นสมาชิกสมาคมฯ หากข้าพเจ้าปฏิบัติตนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่สมาคมฯ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามระเบียบข้อบังคับสมาคมฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

กรุณาส่งกลับ.....กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

โทรสาร...๐๔๕-๒๔๔๘๐๑