



ใบแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของสมาชิก

สมาคมพยาบาลโรคไต
เลขที่สมาชิก

เลขที่ประจำตัวประชาชน 13 ตัว																				
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ	เลขที่สมาชิกสภาพยาบาล																			

เดิม นาย /นาง / นางสาว / ยศ..... ชื่อ สกุล

เปลี่ยนเป็น
นาย /นาง/นางสาว/ยศ ชื่อ สกุล
ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ

ที่อยู่ปัจจุบัน
บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย
ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
มือถือ
E-mail address

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

โรงพยาบาล / ศูนย์ไตเทียม
เลขที่..... ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ โทรสาร

ขอเปลี่ยน เป็นบัตรสมาคมพยาบาลโรคไต

โดยโอนเงินจำนวน 100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)เข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภท ออมทรัพย์ ชื่อ
บัญชี สมาคมพยาบาลโรคไต สาขา พระบรมมหาราชวัง เลขที่บัญชี 061-211252-8 (โดยแนบใบโอน
เงินมาด้วย ไม่รับโอนเงิน ATM ไม่รับโอนต่างธนาคาร)

สอบถาม / อื่นๆ

.....
.....

(ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของสมาชิกกรุณาแจ้งมายัง)

ฝ่ายทะเบียน คุณสุรัชนี จงกิตตินฤกร

สมาคมพยาบาลโรคไต

สำนักงาน เลขที่ ๑๒๕/๑๒ อาคารเพลสซิเด้นท์คอนโดทาวน์ ถนนบรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐ โทร ๐๒-๘๘๔-๕๙๐๓