



ใบสมัคร

กองทุนชมรมผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น
สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

ชื่อ สกุล ผู้สมัคร.....ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (หัวหน้าพยาบาล)

เลขที่บัตรประชาชน

โรงพยาบาล.....ต.....อ.....จ.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....ต่อ..... Fax.....

หมายเลขโทรศัพท์.....e-mail.....

วัน เดือน ปี ที่สมัคร.....

จำนวนเงินระดมทุนเพื่อการช่วยเหลือจำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

แนบหลักฐาน 1. บัตรประชาชน.....1 ฉบับ

2. สลิปเงินโอน.....

การสมัครมีสิทธิ์สมบูรณ์และมีผลสามารถจ่ายให้การช่วยเหลือได้เมื่อ(ถัดจากวันที่หลักฐานครบ).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัครกองทุน
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ
(.....)

เอกสารประกอบการสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร
- หน้าบัญชีเงินโอน
- เงินระดมทุนเพื่อการช่วยเหลือจำนวน 1,000 บาท เข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขา โรบินสัน สุพรรณบุรี

เลขที่ 989-9-43983-5 ผู้ถือบัญชี นางนิภาพรณ แสงอินทร์ และ นางมธุรส จันทรแสงศรี ในนาม“กองทุนชมรมผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น สำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน”

หมายเหตุ การระดมทุนครั้งต่อไป จะเริ่มให้สมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีของกองทุนหลังจากนำส่งเงินช่วยเหลือให้ผู้ได้รับความเสียหายไปแล้ว โดยจะแจ้งทาง Line กลุ่มของแต่ละภาค พร้อมแนบสลิปการโอนเงินมาเป็นหลักฐานและหรือภาพถ่ายการส่งมอบเงินช่วยเหลือให้แก่ผู้ได้รับความเสียหาย หรือหรือทายาท