



ระเบียบ

การสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย

ประเภทของสมาชิก

ประเภทสมาชิก	คุณสมบัติของสมาชิก	ค่าสมาชิก
สมาชิกตลอดชีพ	1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 2. พยาบาลที่มีความสนใจ	1000 บาท

การสมัครสมาชิก

- กรอกใบสมัคร (สามารถ download ใบสมัครเพิ่มได้ที่ www.tnc.or.th และ www.thons.or.th)
- การชำระค่าสมัคร
 - โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์
ชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย เลขที่บัญชี 142-0-11906-0
หรือบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) สาขากระทรวงสาธารณสุข
ชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย เลขที่บัญชี 340-218038-1
- ส่ง ใบสมัครและหลักฐาน พร้อมสำเนาใบโอนเงิน ได้ทาง
พรทิพย์ ชื่นวัฒนานนท์
สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-596-7526 โทรสาร 02-589-7121
E mail address : tnc.2545@gmail.com
- สมาชิกภาพจะสมบูรณ์เมื่อคณะกรรมการมีมติอนุมัติรับและได้รับเงินค่าสมาชิกเรียบร้อยแล้ว



สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย
ใบสมัครเป็นสมาชิกตลอดชีพ

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ภาษาอังกฤษ Mr. Mrs. Miss Ms. Name.....Surname.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย/หย่า

เลขที่บัตรประชาชน _____

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่ จัดส่งเอกสารเลขที่ หมู่/หมู่บ้าน

ตรอก/ซอย

ถนนตำบล/แขวง อำเภอ /เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์พื้นฐาน โทรศัพท์มือถือ โทรสาร

E-mail :

การทำงาน ไม่ได้ทำงาน ชื่อสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน โรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์

หน่วยงาน(ระบุสาขาย่อย...ถ้ามี) ศัลยกรรม : OPD Ward นรีเวช : OPD Ward

อายุรกรรม : OPD Ward กุมารฯ : OPD Ward รังสีรักษา : OPD Ward

เคมีบำบัด : OPD Ambulatory/daycare. Ward ER อื่นๆ (ระบุ)

การศึกษา

ประเภท	สาขา	เดือน ปี ที่สำเร็จการศึกษา	สถาบันการศึกษา
ต่ำกว่าปริญญาตรี : <input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร <input type="checkbox"/> อนุปริญญา			
ปริญญาตรี			
ปริญญาโท			
ปริญญาเอก			
การพยาบาลเฉพาะทาง	การพยาบาลมะเร็ง 16 สัปดาห์		
อบรมเฉพาะทางระยะสั้น	การพยาบาลเคมีบำบัดระยะสั้น 10 วัน		
อื่นๆ.....			

ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ผู้บริหารการพยาบาล / หัวหน้าหอผู้ป่วย อาจารย์พยาบาล พยาบาลชำนาญการ
 พยาบาล APN สาขา พยาบาลประจำคลินิก/OPD/หอผู้ป่วย
 อื่นๆ

สาขาและความเชี่ยวชาญงานในปัจจุบัน และจำนวนปีประสบการณ์ในสาขา

Medical oncology ประสบการณ์ปี Radiation oncology ประสบการณ์ปี
 Surgical oncology ประสบการณ์ปี Pediatric oncology ประสบการณ์ปี
 ENT oncology ประสบการณ์ปี Blood and marrow transplantation ประสบการณ์ปี
 Palliative care ประสบการณ์ปี Prevention and Early detection ประสบการณ์ปี
 Research nurse ประสบการณ์ปี อื่นๆ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก โดยข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อบังคับของสมาคมพยาบาลมะเร็งแห่งประเทศไทยว่าด้วยสมาชิก และได้ชำระค่าบำรุงสมาชิก พร้อมแนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล 2. สำเนาหลักฐานการโอนเงิน

ข้าพเจ้าได้ชำระหรือส่งเงินค่าบำรุงสมาชิกมาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)