



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดเชียงใหม่

เขียนที่

วันที่.....

ข้าพเจ้า เพศ () ชาย () หญิง

ตำแหน่ง ระดับ

ประเภทบุคลากร () ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () ลูกจ้างชั่วคราว

() พนักงานราชการ () พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

สังกัดหน่วยงาน

ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail Address: ID. Line

มีความประสงค์สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดเชียงใหม่ และยินดีที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข ทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง (หัวหน้าหน่วยงาน)

(.....)

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัคร และหลักฐานการโอนเงิน ครบถ้วนเรียบร้อย

(ลงชื่อ) นายทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง

เจ้าหน้าที่

ที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดเชียงใหม่ มีมติการประชุมเมื่อวันที่..... ตกลงรับสมัครเข้าเป็นสมาชิกตั้งแต่วันที่.....

หมายเลขสมาชิก.....

(ลงชื่อ) นายทะเบียน

(.....)

ตำแหน่ง



ชื่อ.....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดเชียงใหม่ และชำระค่าสมัครเป็นจำนวนเงิน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน) จะได้รับเสื้อสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1 ตัว โปรดระบุขนาดเสื้อ



ระบุขนาดเสื้อ

- #6 รอบอก 30"
- #8 รอบอก 32"
- #10 รอบอก 34"
- #12 รอบอก 36"
- S รอบอก 38"

- M รอบอก 40"
- L รอบอก 42"
- XL รอบอก 44"
- 2XL รอบอก 46"
- 3XL รอบอก 48"

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี เลขที่บัญชี 521-0-98296-3
ชื่อบัญชี สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สาขาจังหวัดเชียงใหม่
ส่งใบสมัคร พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงิน ไปยังกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่