**ใบแสดงความจำนงสมัครสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข**

เลขที่สมาชิก..........................

วันที่........................เดือน.................................พ.ศ.....................

ข้าพเจ้า มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกแม่บ้านสาธารณสุข จึงขอให้รายละเอียดต่างๆ เพื่อประกอบ การพิจารณาในการรับขึ้นทะเบียนสมาชิกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขให้แก่ข้าพเจ้า ดังนี้

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

อาชีพ...................................................สถานที่ทำงาน.................................................................................................

อำเภอ.........................................จังหวัด.......................................................รหัสไปรษณีย์.........................................

โทรศัพท์.........................................ความถนัด/ความสามารถพิเศษ............................................................................

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

รหัสไปรษณีย์.............................โทรศัพท์บ้าน.........................................มือถือ..........................................................

E-mail.........................................................................................................................

ชื่อสามี..................................................................................อาชีพ...............................................................

สถานที่ทำงาน................................................................กระทรวงสาธารณสุข/อื่นๆ...................................................

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

(......) อื่นๆ ระบุ...........................................................เลขที่บัตร................................................................................

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

 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และด้วยความสมัครใจเป็นสมาชิกสมาคมฯ หากข้าพเจ้าปฏิบัติตนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่สมาคมฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามระเบียบข้อบังคับสมาคมฯ ทุกประการ

 ลงชื่อ...................................................................ผู้สมัคร

(..............................................................................)

**หมายเหตุ** 1. ค่าสมัครสมาชิกใหม่ 50 บาท

 2. เสื้อยืดสีเขียวของ ตัวละ 250 บาท

 ❖ หญิง Size ❑ S อก 36\* ❑ M อก 38\* ❑ L อก 40\* ❑ XL อก 42\*

 ❖ ชาย Size ❑ S อก 38\* ❑ M อก 40\* ❑ L อก 42\* ❑ XL อก 44\*

 3. เสื้อกั๊กสมาคมสีเขียว ตัวละ 1,200 บาท (ยกเว้น Size XL 1,300)

❖ Size ❑ S อก 37\* ❑ M อก 39\* ❑ L อก 41\* ❑ XL อก 43\*

4. ❑ เซ็ตผ้าตัดสูท ราคา 1,200 บาท

5. ❑ เข็มกลัดสมาคม ราคา 100 บาท

6. ❑ กระเป๋าปักสมาคม ราคา 100 บาท

**รวมจ่าย.................................................บาท**