



สมาชิกเลขที่.....

ใบสมัครสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL
โรงพยาบาลแก้งลำเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นาย, นาง, นางสาว.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี ศาสนา..... ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน/หมู่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

- () สมาชิกที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว
() สมาชิกที่ไม่ได้เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว
() บุคคลภายนอกที่ได้รับเชิญเป็นสมาชิกชมรม

สถานที่ติดต่อได้สะดวก () บ้าน () ที่ทำงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับการลงทะเบียนเลขที่.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....