



STRONG KAOLEAW
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีคุณธรรม

สมาชิกเลขที่.....1

ใบสมัครสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

โรงพยาบาลแก้งะเลี้ยว 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.....



STRONG KAOLEAW
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีคุณธรรม

สมาชิกเลขที่..... 2

ใบสมัครสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

โรงพยาบาลแก้งเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นาย, ~~นาง~~, ~~นางสาว~~ อภรณ์ นามสกุล ๐๙๕๑๔
อายุ..... 42 ปี ศาสนา..... ๗๗๐ ตำแหน่ง..... นักจัดการงานทั่วไป/นักบริหาร
สถานที่ปฏิบัติงาน..... สท. เก่งเลี้ยว โทรศัพท์..... 103
ที่อยู่บ้านเลขที่..... ๕๒/1 หมู่บ้าน/หมู่..... 1 ถนน..... ไร่ผืน
ตำบล..... เขาคัน อำเภอ..... เก่งเลี้ยว จังหวัด..... นครสวรรค์
รหัสไปรษณีย์..... 6023๐ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... ๐๘๙-๗๐๕๒๕๐๙

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

☒ () สมาชิกที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว

() สมาชิกที่ไม่ได้เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว

() บุคคลภายนอกที่ได้รับเชิญเป็นสมาชิกชมรม

สถานที่ติดต่อได้สะดวก () บ้าน ☒ () ที่ทำงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(..... อภรณ์ ๐๙๕๑๔)

วันที่..... 4 เดือน..... ๗๑๒ พ.ศ..... ๖๓

ได้รับการลงทะเบียนเลขที่..... 2 เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ..... ☒ นายทะเบียน

(..... อภรณ์ ๐๙๕๑๔)

วันที่..... 4 เดือน..... ๗๑๒ พ.ศ..... ๖๓



STRONG KAOLEAW
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีคุณธรรม

สมาชิกเลขที่.....³

ใบสมัครสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL
โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นาย, นาง, นางสาว.....อรุณวรรณ.....นามสกุล.....สกุลปันขง
อายุ.....47.....ปี ศาสนา.....พุทธ.....ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน.....โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว.....โทรศัพท์.....081-8889750
ที่อยู่บ้านเลขที่.....160/79.....หมู่บ้าน/หมู่.....10.....ถนน.....
ตำบล.....จัดไทร.....อำเภอ.....เสด็จ.....จังหวัด.....นครสวรรค์
รหัสไปรษณีย์.....60000.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....081-8889750

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

(✓) สมาชิกที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว

() สมาชิกที่ไม่ได้เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว

() บุคคลภายนอกที่ได้รับเชิญเป็นสมาชิกชมรม

สถานที่ติดต่อได้สะดวก () บ้าน () ที่ทำงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(นาง อรุณวรรณ สกุลปันขง)

วันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ได้รับการลงทะเบียนเลขที่.....³.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

(อรรถกมล วัฒนกุล)

วันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 63



STRONG KAOLEAW
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีคุณธรรม

สมาชิกเลขที่ 4

โบสถ์สมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นาย, นม. นางสาว เพชรสูง นามสกุล ทาจรูป
อายุ 49 ปี ศาสนา พุทธ ตำแหน่ง พนักงานสวัสดิภาพ รักษาการ
สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว โทรศัพท์ 081-2840818
ที่อยู่เลขที่ 117 / 229 หมู่บ้าน/หมู่ 13 ถนน -
ตำบล นามม่วง อำเภอ ชัยภูมิ จังหวัด นครราชสีมา
รหัสไปรษณีย์ 60000 เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 081-2840818

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

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

สถานที่ติดต่อได้สะดวก () บ้าน (✓) ที่ทำงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....
(นส. เพชรสูง ทาจรูป)
วันที่ 4 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563

ได้รับการลงทะเบียนเลขที่ 4 เรียบร้อยแล้ว
ลงชื่อ..... นายทะเบียน
(จอห์นสมิท 2563)
วันที่ 4 เดือน มี.ค. พ.ศ. 63



STRONG KAOLEAW
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีคุณธรรม

สมาชิกเลขที่..... ๕

ใบสมัครสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นาย,นาง, นางสาว..... วลัยจิรรณ..... นามสกุล..... เกษะศักดิ์ศรี
อายุ..... ๕๒..... ปี ศาสนา..... พุทธ..... ตำแหน่ง..... พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้า
สถานที่ปฏิบัติงาน..... รพ. เก้าเลี้ยว..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่บ้านเลขที่..... ๒๙๖/๙..... หมู่บ้าน/หมู่..... ๑..... ถนน.....
ตำบล..... เก้าเลี้ยว..... อำเภอ..... เก้าเลี้ยว..... จังหวัด..... นครสวรรค์
รหัสไปรษณีย์..... ๖๐๒๓๐..... เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... ๐๘๐-๐๐๖๓๘๓๑

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

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

สถานที่ติดต่อได้สะดวก (☐) บ้าน (☒) ที่ทำงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....
(..... นพ. วลัยจิรรณ เกษะศักดิ์ศรี.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ได้รับการลงทะเบียนเลขที่..... ๕..... เรียบร้อยแล้ว
ลงชื่อ.....
(..... นพ. วลัยจิรรณ เกษะศักดิ์ศรี.....)
วันที่..... ๔..... เดือน..... ๓๐..... พ.ศ..... ๖๓



STRONG KAOLEAW
ชื่อสัตย์ สามัคคี มีคุณธรรม

สมาชิกเลขที่..... 6

ใบสมัครสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นาย, นาง, นางสาว..... ลิริมา..... นามสกุล..... ธนภรณ์
อายุ..... 55..... ปี ศาสนา..... พุทธ..... ตำแหน่ง..... จ.ฉ.พ.กร.บ.พ.ร.บ.พ.อน
สถานที่ปฏิบัติงาน..... โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว..... โทรศัพท์..... 056-383562
ที่อยู่บ้านเลขที่..... 296/1A..... หมู่บ้าน/หมู่..... 1..... ถนน.....
ตำบล..... เก้าเลี้ยว..... อำเภอ..... เก้าเลี้ยว..... จังหวัด..... นครสวรรค์
รหัสไปรษณีย์..... 60200..... เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... 056-383562

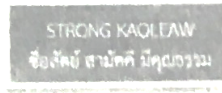
มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

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

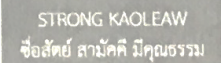
สถานที่ติดต่อได้สะดวก () บ้าน () ที่ทำงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....
(..... พ. ลิริมา ธนภรณ์.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ได้รับการลงทะเบียนเลขที่..... 6.....	เรียบร้อยแล้ว
ลงชื่อ.....	นายทะเบียน
(..... รชช.อภ.รท. อรทัย.....)	
วันที่..... 4..... เดือน..... ๑๙.....	พ.ศ..... ๖3.....



วันที่ ๔ เดือน ๕ พ.ศ. ๖๓



สมาชิกเลขที่.....๘

ใบสมัครสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

โรงพยาบาลเก่าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า นาย, นาง, นางสาว ศิริวรรณ นามสกุล ศิริวงศ์เพชร
อายุ 44 ปี ศาสนา พุทธ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชั้นเอก
สถานที่ปฏิบัติงาน งานดูแลผู้ป่วยหนัก/ICU ณ โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 099-1177744
ที่อยู่บ้านเลขที่ 8014 หมู่บ้าน/หมู่ 1 ถนน
ตำบล บ้านฉะเล อำเภอ เวียง จังหวัด น่าน
รหัสไปรษณีย์ 55000 เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 099-1177744

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกชมรม STRONG KAOLEAW HOSPITAL

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

สถานที่ติดต่อได้สะดวก () บ้าน (✓) ที่ทำงาน

ลายมือชื่อผู้สมัคร.

(งามา ศิริวารณ ๑๕/๕/๖๖)

วันที่ ๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ได้รับการลงทะเบียนเลขที่.....⁸.....เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

(Wendurashiri Orshor)

วันที่ 4 เดือน 10 พ.ศ. 63