

ที่ ส.น.พ.21/67/ว.02

สมาคมวัดกรรมการพยาบาลและสุขภาพ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิชย์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
6 กุมภาพันธ์ 2567
เวลา 17.09

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญชวนสมัครเป็นสมาชิก สมาคมนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ
โรงพยาบาลในสังกัดอื่นทุกแห่ง/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย/ผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพ/ผู้อำนวยการ
วิทยาลัยพยาบาล/คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์/นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด/หัวหน้าหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง

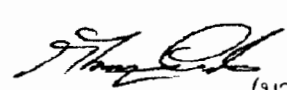
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครสมาชิกสมาคมนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

ด้วย สมาคมนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ โดย รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย
นายกสมาคมนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ ได้ดำเนินการจัดตั้งสมาคมฯ โดยมีวัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์
เพื่อส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับวิสัยทัศน์นวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ สนับสนุนการเผยแพร่
แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ สนับสนุนการขึ้นทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา
การจดสิทธิบัตร อนุสิทธิบัตร และลิขสิทธิ์ และเป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทั้ง
ภาครัฐและเอกชนในการพัฒนาผลงานนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพแก่สมาชิก

ในการนี้ สมาคมนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ จึงใคร่ขอประชาสัมพันธ์และเชิญชวน
บุคลากรในสังกัดของท่านสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกสมาคมฯ สำหรับใบสมัครและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่สมาชิก
จะได้รับสามารถดูรายละเอียดตาม QR Code ข้างล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบโดยทั่วกัน และขอขอบคุณมา
ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ -๒๗๑๓๑๖๖๖๖ จงจ.

 Cut

(รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
นายกสมาคมนวัตกรรมกรรมการพยาบาลและสุขภาพ



นักศึกษา



นิติบุคคล



พยาบาล
สหสาขาวิชาชีพ



สิทธิประโยชน์
ของสมาชิก

ประเภท นักศึกษา / เลขที่ใบสมัคร

หมายเลขสมาชิก



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

เรียน คณะกรรมการบริหารสมาคมวัตกรรมการพยาบาลและสุขภาพ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็น

อนุสมาชิก (นักศึกษาสาขาพยาบาลในสถาบันการศึกษา)

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย นาง นางสาว

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Mrs. Miss.

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน

โทรศัพท์ มือถือ e-mail

สถาบันที่กำลังศึกษา

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชั้นปีที่ เลขที่บัตรนักศึกษา จบการศึกษา ปี พ.ศ.

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

สถานที่สะดวกในการติดต่อ : สถาบันการศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน

หลักฐานการสมัคร : ใบสมัครสมาชิก

*** scan หลักฐานการสมัครส่งมาที่... e-mail : nihha2024@gmail.com ***

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียน / ผู้รับสมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : หลังจากตรวจสอบหลักฐาน ท่านจะได้รับการแจ้งผ่านทาง e-mail ดังนี้

1. การยืนยันการสมัครสมาชิก
2. การเชิญเข้ากลุ่ม Line OpenChat
3. บัตรสมาชิกแบบ Online
4. ใบเสร็จรับเงิน

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม หรือ แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลได้ที่... นางสาวธีรณัฐ รัตนวรรณ : โทร. 082-4282586

ประเภท นิติบุคคล / เลขที่ใบสมัคร

หมายเลขสมาชิก



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมนวัตกรรมพยาบาลและสุขภาพ

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

เรียน คณะกรรมการบริหารสมาคมนวัตกรรมพยาบาลและสุขภาพ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกองค์กร

รายปี ค่าบำรุงสมาคม 3,000 บาท 3 ปี ค่าบำรุงสมาคม 6,000 บาท

ชื่อบริษัท ห้างร้าน

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ e-mail

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

นายทะเบียน / ผู้รับสมัคร

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การชำระค่าบำรุงสมาคม : โดย

โอนผ่านบัญชีธนาคาร : ชื่อบัญชี “สมาคม นวัตกรรมพยาบาลและสุขภาพ”

ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่บัญชี 565-521980-0 ประเภท ออมทรัพย์

หลักฐานการสมัคร : 1. ใบสมัครสมาชิก 2. หลักฐานการชำระเงิน

*** scan หลักฐานการสมัครส่งมาที่... e-mail : nihha2024@gmail.com ***

หมายเหตุ : หลังจากตรวจสอบหลักฐาน ท่านจะได้รับการแจ้งผ่านทาง e-mail ดังนี้

1. การยืนยันการสมัครสมาชิก

2. การเชิญเข้ากลุ่ม Line OpenChat

3. บัตรสมาชิกแบบ Online

4. ใบเสร็จรับเงิน

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม หรือ แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลได้ที่... นางสาวธีรานุช รัตนวรรณ : โทร. 082-4282586



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมนวัตกรรมทางการแพทย์และสุขภาพ

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

เรียน คณะกรรมการบริหารสมาคมนวัตกรรมทางการแพทย์และสุขภาพ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิก

- สมาชิกสามัญ รายปี ค่าบำรุงสมาคม 300 บาท สมาชิกสามัญ 3 ปี ค่าบำรุงสมาคม 600 บาท
 สมาชิกสมทบ รายปี ค่าบำรุงสมาคม 200 บาท สมาชิกสมทบ 3 ปี ค่าบำรุงสมาคม 400 บาท

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย นาง นางสาว

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Mrs. Miss.

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน

สถาบันที่สำเร็จการศึกษาพยาบาล (ถ้ามี)

ได้รับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรี (ถ้ามี) เมื่อ พ.ศ.

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) เมื่อ พ.ศ.

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ e-mail

สถานที่ทำงาน

เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ e-mail

สถานที่สะดวกในการติดต่อ : ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียน / ผู้รับสมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การชำระค่าบำรุงสมาคม :

โอนผ่านบัญชีธนาคาร : ชื่อบัญชี “สมาคม นวัตกรรมทางการแพทย์และสุขภาพ”

ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่บัญชี 565-521980-0 ประเภท ออมทรัพย์

หลักฐานการสมัคร : 1. ใบสมัครสมาชิก 2. หลักฐานการชำระเงิน

*** scan หลักฐานการสมัครส่งมาที่... e-mail : nihha2024@gmail.com ***

หมายเหตุ : หลังจากตรวจสอบหลักฐาน ท่านจะได้รับการแจ้งผ่านทาง e-mail ดังนี้

1. การยืนยันการสมัครสมาชิก
2. การเชิญเข้ากลุ่ม Line OpenChat
3. บัตรสมาชิกแบบ Online
4. ใบเสร็จรับเงิน

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม หรือ แจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลได้ที่... นางสาวธีรณัฐ รัตนวรรณ : โทร. 082-4282586



สิทธิประโยชน์สำหรับสมาชิก

สิ่งที่จะได้รับจากสมาคมนวัตกรรมพยาบาลและสุขภาพ

ประเภทสมาชิก	ประโยชน์ที่จะได้รับ
สมาชิกสามัญ : บุคคลซึ่งสำเร็จหลักสูตรการศึกษาพยาบาลสาขาพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพและระดับต้นจากสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลรับรอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนลดในการลงทะเบียนโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคม 10% 2. มีสิทธิขอรับทุนสนับสนุนการทำวิจัยและนวัตกรรม 3. ได้รับการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม
สมาชิกสมทบ: ผู้ประกอบวิชาชีพ/อาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ทันตภิบาล จักษุภิบาล แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักชีวนามัยและความปลอดภัย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนลดในการลงทะเบียนโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคม 10% 2. เพิ่มโอกาสในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านการพยาบาลร่วมกับสมาชิกอื่น ๆ
อนุสมาชิก: นักศึกษาสาขาพยาบาลในสถาบันการศึกษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่วนลดในการลงทะเบียนโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาคม (ขึ้นอยู่กับกิจกรรม) 2. ได้รับการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม
สมาชิกองค์กร: บริษัทต่าง ๆ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นเครือข่ายในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านการพยาบาลร่วมกับสมาชิกอื่น ๆ 2. เพิ่มโอกาสในการประชาสัมพันธ์ทางธุรกิจ