



คำขอรับบัตร

สป.4

ติดรูปถ่าย  
1 นิ้ว

กรณี  หมดอายุ  อายุครบ 60 ปี  ชำรุด หรือถูกทำลายในสาระสำคัญ  สูญหาย  แก้ไขเพิ่มเติมรายการในบัตร

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....สถานภาพ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่บ้านชื่อ.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

ชื่อสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

สถานที่ที่ต้องการให้สภากาชาดติดต่อ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

สำเร็จการศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษา.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับ  ปริญาตรี /โท / เอก  ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา  ประกาศนียบัตร

สาขา  การพยาบาล  การผดุงครรภ์  การพยาบาลและการผดุงครรภ์  อื่น ๆ .....

(เฉพาะกรณีสำเร็จการศึกษาเพิ่มเติม จากที่ได้แจ้งไว้)

เป็นสมาชิกเลขทะเบียนที่.....ออกให้วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าจึงประสงค์จะขอรับบัตรใหม่ เนื่องจาก  บัตรหมดอายุ  อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์  บัตรชำรุด หรือถูกทำลายในสาระ

สำคัญ  บัตรสูญหาย  แก้ไขเพิ่มเติมรายการในบัตร.....

โดยข้าพเจ้ายังมีคุณสมบัติถูกต้องและครบถ้วนตามข้อบังคับสภากาชาดว่าด้วยสมาชิกสามัญ และได้ชำระค่าธรรมเนียมบัตร ค่าบำรุง และได้

แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- บัตรหมดอายุ
- บัตรที่มีอยู่ปัจจุบัน (กรณีอายุครบ 60 ปี หรือกรณีขอแก้ไขเพิ่มเติมรายการในบัตร)
- บัตรชำรุด หรือถูกทำลายในสาระสำคัญ
- หนังสือรับแจ้งความต่อพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) กรณี บัตรสูญหาย ของ (สถานีตำรวจ) .....
- สำเนาปริญญา ประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญา หรือประกาศนียบัตร (เฉพาะกรณี ที่สำเร็จการศึกษาเพิ่มเติมจากที่ได้แจ้งไว้)
- ใบรับรองแพทย์ตามแบบ (พ) ของสภากาชาด
- รูปถ่าย หน้าตรง ครีbstัว ทำปกติ ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป
- หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ชำระหรือส่งเงินค่าธรรมเนียมและค่าบำรุง ดังนี้

- ค่าธรรมเนียมบัตร จำนวน 50 บาท
- ค่าบำรุง จำนวน ..... บาท
- ค่าบำรุงที่ค้างชำระ (ถ้ามี) จำนวน..... บาท

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย “x” ใน  ที่ต้องการแจ้ง หรือดำเนินการ