

ใบสมัครสมาชิกห้องสมุด
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
(สำหรับบุคลากรในสังกัดสภากาชาดไทย)

ติครูบ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล
ตำแหน่ง สังกัด หน่วยงาน/กอง/สำนักงาน
โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) Email
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ

หลักฐานที่นำมาสมัคร

- หนังสือรับรองจาก หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาลกองบรรเทาทุกข์ฯ
 ผู้อำนวยการ
- รูปถ่ายหน้าตรง (ไม่เกิน 6 เดือน) ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
 บัตรเจ้าหน้าที่ เลขที่ วันหมดอายุ
- ค่าบำรุงห้องสมุด 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)
 ค่าประกันทรัพยากรสารสนเทศ 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ลงชื่อ ผู้สมัคร
วันที่ เดือน พ.ศ.....

- หมายเหตุ** 1. กรณีสมาชิกห้องสมุดทำทรัพยากรสารสนเทศให้เกิดความชำรุด/เสียหาย/สูญหาย จะต้องรับผิดชอบ
ตามประกาศอัตราค่าธรรมเนียมการใช้ห้องสมุด ที่กำหนดไว้
2. ห้องสมุดจะคืนค่าประกันทรัพยากรสารสนเทศให้เมื่อพ้นสภาพการเป็นสมาชิก โดยนำใบเสร็จรับเงินตัวจริง
มายื่นและจะได้รับเงินคืนภายใน 15 วันทำการ หากสมาชิกไม่มารับเงินคืนภายใน 6 เดือน ห้องสมุดจะส่งเงิน
ดังกล่าวให้เป็นรายได้ของสถาบัน สมาชิกจะเรียกร้องคืนไม่ได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่	การพิจารณา	เจ้าหน้าที่การเงิน
<input type="checkbox"/> ได้ตรวจสอบหลักฐาน เรียบร้อยแล้ว	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก	<input type="checkbox"/> ชำระเงินค่าสมัครสมาชิก 300 บาทเรียบร้อยแล้ว เล่มที่ เลขที่ใบเสร็จ
ลงชื่อ (นายภาค สนมรัมย์) เจ้าหน้าที่ห้องสมุด	ลงชื่อ (นางสาวอัมพวัน ดิพัฒน์ชนะ) หัวหน้าหน่วยบรรณสารสนเทศ <input type="checkbox"/> ชำระเงินค่าประกันทรัพยากรสารสนเทศ 1,000 บาทเรียบร้อยแล้ว เล่มที่ เลขที่ใบเสร็จ
		ลงชื่อ ผู้รับเงิน วัน/เดือน/ปี

หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นามสกุล.....
ตำแหน่ง..... สังกัดกอง
ที่อยู่ โทรศัพท์
ขอรับรองว่า นาย/ นาง/นางสาว นามสกุล
เป็นเจ้าของหน้าที่ในความรับผิดชอบของข้าพเจ้า ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน มีความประสงค์ขอสมัครเป็น
สมาชิกห้องสมุด สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

.....
(.....)
ตำแหน่ง
..... / /