**ใบสมัครสมาชิก**

**แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์**

**MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND**

จดทะเบียนตามพระราชบัญญัติสมาคม เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2464 (ชื่อย่อ พสท.)

เรียน นายกแพทยสมาคมฯ

 🞎 1.ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิก พสท.

 🞎 2.ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกอยู่แล้ว เลขที่.................(ถ้าไม่ทราบเว้นไว้)ขอเปลี่ยนแปลงที่อยู่โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อ........................................................................ นามสกุล ......................................................................

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) ..............................................................................................................................

เพศ 🞎 ชาย 🞎 หญิง อายุ ..................... ปี วัน-เดือน-ปีเกิด .........................................

เลขใบประกอบวิชาชีพ .................................... เลขบัตรประจำตัวประชาชน ........................................................

สถานที่ติดต่อกลับทางจดหมาย ......................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ มือถือ........ ...................................เบอร์โทรศัพท์(ที่ทำงาน).......................................................

เบอร์โทรศัพท์(บ้าน) ................................. โทรสาร ............................ E-mail...…………….…............................

ลงชื่อ ................................................วันที่......................................................

เฉพาะเจ้าหน้าที่ เลขที่รับเรื่อง......................................... วันที่......................................

คุณสมบัติ O ครบถ้วน O ไม่ครบ ขาด..............................................................

หมายเหตุ................................................................................................................

ลงชื่อ ................................................ เจ้าหน้าที่แพทยสมาคม

ตรวจสอบแล้ว

O อนุมัติให้ เป็นสมาขิก หมายเลขทะเบียน..............................

O ไม่อนุมัติ เนื่องจาก...........................................................

ลงชื่อ ................................................ นายทะเบียนแพทยสมาคมฯ วันที่......................................

|  |
| --- |
|  **ขั้นตอนการสมัครสมาชิก แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์** |
|   |
| * ค่าสมัครสมาชิก 2000 บาท ตลอดชีพ
 |
| * โอนเงินค่าสมัครสมาชิก
* **บัญชีเลขที่ 001-575197-1 ชื่อบัญชี สมาคม แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์**

**ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาชิดลม****หรือ บัญชีเลขที่ 041-1-20977-9   ชื่อบัญชี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์            ธนาคาร กรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรี ตัดใหม่**  |
|    - รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป  |
|   |
|

|  |
| --- |
| **ส่งหลักฐานทั้งหมดพร้อม Pay in slip มาที่**   แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ |
|   | แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ |
|   | อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  |
|   | โทร 02314-4333,02-318-8170 โทรสาร 02-314-6305E-mail : medicalassociationthai2@gmail.com |
|   |   |

 |