



เฉพาะเจ้าหน้าที่สมาคมฯ

เลขที่สมาชิก \_\_\_\_\_

## ใบสมัครสมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย

วันที่ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ ขอแจ้งรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้า	_____	นามสกุล	_____	ตำแหน่ง	_____
ชื่อภาษาอังกฤษ(ตัวพิมพ์)	_____	นามสกุล	_____		
เกิดวันที่	_____	เดือน	_____	พ.ศ.	_____
		เชื้อชาติ	_____	สัญชาติ	_____
				ศาสนา	_____
ชื่อสามี / ภรรยา	_____	อาชีพ	_____	E - mail	_____
ที่อยู่	1. ที่ทำงาน	_____			
				โทรศัพท์	_____
	2. คลินิก	_____			
				โทรศัพท์	_____
	3. ที่บ้าน	_____			
				โทรศัพท์	_____

สถานที่ที่ต้องการให้ติดต่อ คือ ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3

การศึกษาและคุณวุฒิ	พ.ศ.	สถาบันฝึกอบรม
1. แพทยศาสตร์บัณฑิต	_____	_____
2. วุฒิบัตร (หรือ BOARD) สาขากุมารเวชศาสตร์	_____	_____
3. หนังสืออนุมัติ สาขากุมารเวชศาสตร์	_____	_____
4. คุณวุฒิอื่นๆ		
4.1	_____	_____
4.2	_____	_____

ลงนาม \_\_\_\_\_

ผู้สมัคร

การชำระเงินค่าสมัครสมาชิก (2,000 บาท ตลอดชีพ)

โอนเงินผ่าน ธนาคาร : ไทยพาณิชย์ สาขา : ศิริราช  
เลขที่บัญชี : 016-453962-4 ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์  
ชื่อบัญชี : สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย

**หมายเหตุ** เมื่อโอนเงินเข้าบัญชีแล้วกรุณาฝากใบ Pay In พร้อมกับใบสมัครสมาชิกฯ ที่หมายเลข 0-2419-5676  
หรือสแกนส่งทาง E-mail: tspe.th@hotmail.co.th

วันที่เข้าบัญชี \_\_\_\_\_

ผู้ตรวจสอบ \_\_\_\_\_