



ใบสมัครสมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

(กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่องด้วยตัวบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)

วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด (พร้อมแนบสำเนาวุฒิการศึกษา) เลขที่ ว.

(ไทย)

(อังกฤษ)

ชื่อสถานที่ทำงาน

ที่อยู่ทำงาน

ที่อยู่ปัจจุบัน (สามารถติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ทำงาน โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร E-mail

ช่องทางจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน E-mail

มีความประสงค์สมัครเป็น สมาชิกสามัญ (ชำระค่าสมาชิกครั้งเดียว 2,000 บาท)

เอกสารที่ใช้ในการสมัคร

กรณีจบการศึกษาด้านแพทยศาสตรบัณฑิต

- สำเนาวุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด

กรณีจบการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

- สำเนาวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท / เอก

- หนังสือรับรองการทำงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม อย่างน้อย 1 ปี

สำเนาวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ไม่จำกัดสาขาวิชา) และมีความสนใจในงานและวิชาการด้านโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

มีต่อด้านหลัง

ทั้งนี้ได้แนบเอกสาร

สำเนาใบโอนเงิน ธ.ไทยพาณิชย์ สาขา ศิริราช ชื่อบัญชี สมาคมพ่อแม่และวัยรุ่นไทย เลขที่ 016-453962-4
วันที่โอน จำนวน บาท (.....)

เช็ค สั่งจ่าย “สมาคมพ่อแม่และวัยรุ่นไทย” เช็คธนาคาร
เลขที่เช็ค ลงวันที่ จำนวนเงิน บาท (.....)

ทางสมาคมฯ ไม่รับชำระเป็นเงินสด และขอสงวนสิทธิ์พิจารณาเฉพาะผู้สมัครที่แนบเอกสารครบถ้วน

****การเป็นสมาชิกจะสมบูรณ์เมื่อได้รับการรับรองจากที่ประชุมกรรมการบริหารสมาคม****

ชื่อผู้รับรอง (ต้องเป็นสมาชิกสามัญ จำนวน 2 ท่าน)

ลายเซ็น

1.

2.

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

ส่งใบสมัครที่

ฝ่ายทะเบียน สมาคมพ่อแม่และวัยรุ่นไทย

สาขาวิชาพ่อแม่และเมตาบอลิซึม ตึกเจ้าฟ้ามหาจักรี ชั้น 9

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทรศัพท์: 0-2419-5676

(สำหรับฝ่ายทะเบียน)

ผู้ตรวจสอบ ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ เลขที่ วันที่

ตรวจสอบเอกสารและรับรองเป็นสมาชิกจากที่ประชุม วันที่

ตรวจสอบเอกสาร ไม่ผ่านการรับรองจากที่ประชุม วันที่

กรณีไม่ผ่านการรับรองจากที่ประชุม วันที่ ได้โอนเงินคืนผู้สมัครเข้าบัญชีธนาคาร

เลขที่บัญชี เมื่อวันที่