

เฉพาะเจ้าหน้าที่สมาคมฯ

สมาชิกประเภท.....เลขที่สมาชิก

ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่..... เลขที่.....



ใบสมัครสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎ ข้อบังคับ และระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ

ขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

๑. นาม (เขียนชื่อ, นามสกุล ให้ชัดเจน และลงคำหน้านามคือ นาย, นางหรือนางสาว หรือ ระบุตำแหน่งทางวิชาการ)

.....

๒. เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

๓. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

๔. อาชีพ แพทย์ ใบอนุญาตที่ พยาบาล ใบอนุญาตที่

เภสัชกร ใบอนุญาตที่ อื่น ๆ /โปรดระบุ

สถานที่ทำงาน

.....

โทรศัพท์ โทรสาร

๕. ที่อยู่ปัจจุบัน (ซึ่งจะติดต่อส่งจดหมายถึงได้)

บ้านเลขที่ หมู่บ้าน ตรอก/ซอย

ถนน แขวง/ตำบล อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ มื่อถือ

e-mail address:

๖. ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

สมาชิกตลอดชีพ (สมาชิกตลอดชีพเสียค่าบำรุงครั้งเดียว 500 บาท)

๗. ทราบ/ต้องการเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์จากแหล่งใด (ระบุ)

.....

๘. ข้าพเจ้าบริจาคเงินเพิ่มเติมเพื่อเป็นทุนดำเนินงานของสมาคมนี้อีก.....บาท
(.....)

๙. สิ่งที่ท่านคาดหวังจากการเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์
การอบรมวิชาการทางด้านเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

ลงชื่อ

ผู้สมัคร

(

)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(รศ. นพ. ชัยชัย สุระ)

(ผศ. พญ. อัจฉรา ฐัญจิรธรรม)

สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

(กรุณา กรอกรายละเอียดในการติดต่อกลับให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการแจ้งข่าวสารและกิจกรรมของสมาคมฯ แก่
ท่าน)

สำนักงาน: 148/856 ซอยรามคำแหง 190 แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร 10510

เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน 1 ใบ (จำเป็นต้องมี)
2. สำเนาปริญญาบัตร/ ประกาศนียบัตร/ ใบประกอบโรคศิลป์ 1 ใบ (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมี)
3. รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 1 ใบ

การชำระเงินค่าสมัครสมาชิก โดยการ : โอนเงิน/เช็คส่งจ่าย ชื่อบัญชี สมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทาง
การแพทย์ฯ ผ่านธนาคาร กรุงเทพ สาขาอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ รพ. รามาธิบดี เลขที่บัญชี 090-7-24224-2

** หมายเหตุ

1. เมื่อโอนเงินเข้าบัญชีแล้ว กรุณาส่งหลักฐานการโอน มาที่ E-mail : pailin.nok2525@gmail.com หรือส่งแฟกซ์ไป
Pay In มาที่เบอร์ 02-201-1374

2. ใบสมัครพร้อมเอกสารแนบ ให้ส่งมาที่ E-mail: pailin.nok2525@gmail.com

สิทธิพิเศษที่สมาชิกได้รับ : - การเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ฟรี (เฉพาะสมาชิกประเภทตลอดชีพที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น) สมาชิกประเภทสามัญ ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หากต้องการเข้าร่วมประชุม ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ตามที่สมาคมฯ กำหนด - การเข้าร่วมประชุมหรือกิจกรรมต่างๆ สำหรับประชาชน ฟรีทุกประเภทสมาชิก แต่ต้องลงทะเบียนล่วงหน้าตามเวลา ที่สมาคมฯ กำหนด