

เฉพาะเจ้าหน้าที่สมาคม ฯ

สมาชิกประเภท.....เลขที่สมาชิก.....

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



ใบสมัครสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎ ข้อบังคับ และระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ

ขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

๑. ชื่อ-นามสกุล (ให้ชัดเจน และลงคำหน้านามคือ นาย, นางหรือนางสาว หรือระบุตำแหน่งทางวิชาการ)

.....

ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี).....

๒. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

๓. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. อาชีพ

แพทย์ เลขใบอนุญาต..... พยาบาล เลขใบอนุญาต.....

เภสัชกร เลขที่ใบอนุญาต..... นักเทคนิคการแพทย์ เลขใบอนุญาต.....

อื่น ๆ/โปรดระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๕. ที่อยู่ปัจจุบัน (ซึ่งจะติดต่อส่งจดหมายถึงได้)

บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์มือถือ.....

e-mail address :.....

๖. ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

สมาชิกตลอดชีพ (สมาชิกตลอดชีพเสียค่าบำรุงครั้งเดียว 500 บาท)

๗. ทราบ/ต้องการเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์จากแหล่งใด (ระบุ)

.....

๘. ข้าพเจ้าบริจาคเงินเพิ่มเติมเพื่อเป็นทุนดำเนินงานของสมาคมนี้อีก.....บาท

(.....)

๙. สิ่งที่ท่านคาดหวังจากการเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์ การอบรมวิชาการทางด้าน
เวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(ศ. คลินิก นพ. รัชชชัย สุระ)

(ผศ. พญ. อัจฉรา ธีญธิธรรม)

(กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการแจ้งข่าวสารและกิจกรรมของสมาคม และสามารถเข้าไป
ดูข่าวสารและกิจกรรมของสมาคมได้ที่

เอกสารประกอบการสมัคร

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

การชำระเงินค่าสมัครสมาชิก โดยการ : โอนเงิน บัญชี สมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทาง
การแพทย์ ฯ ผ่านธนาคาร กรุงเทพ สาขาอาคารสมเด็จพระรัตน ร์พ. รามาธิบดี เลขที่บัญชี 090-7-24224-2

**หมายเหตุ

1. เมื่อโอนเงินเข้าบัญชีแล้ว กรุณาส่งหลักฐานการโอน มาที่ E-mail : pailin.nok2525@gmail.com
2. ส่งใบสมัครพร้อมเอกสารแนบ ให้ส่งมาที่ E-mail:pailin.nok2525@gmail.com

สิทธิพิเศษที่สมาชิกได้รับ : - การเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ฟรี (เฉพาะสมาชิกประเภทตลอดชีพที่เป็นบุคลากรทาง
การแพทย์เท่านั้น) สมาชิกประเภทสามัญ ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หากต้องการเข้าร่วมประชุมต้องเสียค่าใช้จ่าย เพิ่มเติม
ตามที่สมาคมฯ กำหนด การเข้าร่วมประชุมหรือกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับประชาชน ฟรีทุกประเภทสมาชิก แต่ต้องลงทะเบียน
ล่วงหน้าตามเวลาที่ สมาคมฯ กำหนด