

ใบสมัครสมาชิก

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ที่อยู่.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทร.....โทรสาร.....
E-mail Address.....

มีความประสงค์

สมัครสมาชิก ประเภท บุคคล หน่วยงาน/องค์กร

ต่ออายุสมาชิก (หมายเลขสมาชิก.....)

เป็นจำนวน.....ปี

โดยเริ่มตั้งแต่ ปีที่ฉบับที่.....ถึง ปีที่.....ฉบับที่.....

พร้อมกันนี้ ได้ชำระเงินบริจาคโดย

เงินสด (กรณีสมัครด้วยตนเอง)

โอนเงินเข้าบัญชี โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาซอยกระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์

ชื่อบัญชี สมาคมการแพทย์ผสมผสานไทย

เลขที่บัญชี 142-0-07299-4 (กรุณาส่งสำเนาใบฝากทางโทรสาร)

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินมาที่ โทรสาร 02 965 9195