

“ใบสมัครสมาชิก / ยวสมาชิก”

วันที่สมัคร.....

1. ชื่อ..... นามสกุล.....

นามสกุลเดิม.....

(ภาษาอังกฤษ).....

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ.....ปี

สถานภาพ โสด คู่ หม้าย หย่า

2. สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตร์

(สถานที่ / ปีที่สำเร็จ).....

วุฒิบัตรสาขา.....

3. จากสถาบัน.....

4. สถานที่ทำงาน.....

เลขที่..... ถนน.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

6. สถานที่ที่ต้องการให้ติดต่อ บ้าน ที่ทำงาน

7. ค่าสมาชิกตลอดชีพ 1,000 บาท (ยวสมาชิกไม่เสียค่าสมาชิก)

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารทหารไทย สาขาธาตุทอง ประเภทออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 017-2-30238-2 ชื่อบัญชี สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ และส่งหลักฐานการชำระเงินที่ โทรสาร 0-2391-4081

8. สำหรับยวสมาชิกกำลังศึกษาชั้นปีที่..... คณะ.....

มหาวิทยาลัย.....

ลงนาม.....

(.....)

ลงนาม (สมาชิกรับรอง).....

คณะกรรมการพิจารณาแล้วให้รับเป็นสมาชิก / ยวสมาชิก

ตั้งแต่วันที่.....

ลงนาม..... เลขที่การ

ลงนาม..... นายกสมาคมฯ