



ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย



สำนักงานเลขานุการฯ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กทม. 10320 โทร.716-6808 โทรสาร 716-6809

ใบสมัครสมาชิกสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

ประเภท สมาชิกสามัญ (3,000 บาท) ระบุ แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน
 สมาชิกสมทบ (2,000 บาท) ระบุอาชีพ

รูปถ่าย 1 นิ้ว

- ชื่อ นามสกุล
- วัน เดือน ปี เกิด อายุ..... ปี
- วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถาบันการศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
 (สำหรับแพทย์) เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... สาขา.....
 (ไม่ใช่แพทย์) เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ สาขา.....เลขที่.....
- กรณีที่กำลังศึกษา สังกัดที่ฝึกอบรม.....
ต้นสังกัด
- ที่อยู่ (บ้าน)
โทรศัพท์/มือถือ Email
- ที่อยู่ (ที่ทำงาน)
โทรศัพท์/มือถือ
- เหตุผลในการสมัครเป็นสมาชิก
7.1)
7.2)

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อความทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ
(.....)
วันที่สมัคร

ผู้รับรอง.....
(.....)

ผู้รับรอง.....
(.....)

หมายเหตุ กรุณาแนบรูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป ผู้รับรองคือสมาชิกสามัญสมาคม 2 คน , กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ความเห็นของคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ เห็นสมควรให้เป็นสมาชิก ไม่เห็นสมควรให้เป็นสมาชิก

ลงชื่อ กรรมการ (1) ลงชื่อ กรรมการ (2)
(.....) (.....)
วันที่รับรอง วันที่รับรอง