



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมเวชศาสตร์มารดา
และการรกในครรภ์ (ไทย)

สมาชิกเลขที่.....
ใบเสร็จเลขที่ / เล่มที่
.....

วันที่สมัคร

ชื่อ (โปรดระบุคำนำหน้า) นามสกุล

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ)

สูตินรีแพทย์ แพทย์ทั่วไป พยาบาล นักวิชาการ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ที่อยู่ที่ต้องการให้จัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์

ที่บ้าน บ้านเลขที่ หมู่ หมู่บ้าน

ซอย/ตรอก ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ E-mail

ที่ทำงาน สถานที่ทำงาน

แผนก เลขที่

อาคาร/ตึก ซอย/ตรอก

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ E-mail

การชำระเงิน

- เงินสด ณ สำนักงานสมาคมฯ
- ธนาคาร สั่งจ่าย ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311 ในนาม น.ส.มาลี เกื้อนพกุล
- เช็คสั่งจ่าย (เช็คต่างจังหวัดเพิ่มค่าธรรมเนียม 30 บาท)
ชื่อ วิชาการสมาคมเวชศาสตร์มารดาและการรกในครรภ์ (ไทย)
- โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 041-0-08598-7
ชื่อบัญชี “วิชาการสมาคมเวชศาสตร์มารดาและการรกในครรภ์ (ไทย)”

***** ค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพ 800 บาท *****

กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกมาพร้อมแบบฟอร์มลงทะเบียน

