

กรุณาเขียนตัวบรรจง



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมเวชศาสตร์มารดา
และการกในครรภ์ (ไทย): ตลอดชีพ

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

วันที่สมัคร

ชื่อ (โปรดระบุคำนำหน้า)..... นามสกุล.....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ).....

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

ที่อยู่สำหรับจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์

ที่บ้าน บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน.....

ซอย/ตรอก..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรมือถือ..... E-mail.....

ที่ทำงาน สถานที่ทำงาน.....

แผนก..... เลขที่.....

อาคาร/ตึก..... ซอย/ตรอก.....

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

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรมือถือ..... E-mail.....

การชำระเงิน

- เงินสด** ณ สำนักงานสมาคมฯ
- ธนาคารดี** **สั่งจ่าย ปณ. เพชรบุรีตัดใหม่ 10311** ในนาม ศ.นพ.เยื้อน ตันนิรันดร์
(เช็คต่างจังหวัดเพิ่มค่าธรรมเนียม 30 บาท)
ชื่อ **วิชาการสมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ (ไทย)**
- โอนเข้าบัญชี** ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ **041-0-08598-7**
ชื่อบัญชี **“วิชาการสมาคมเวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ (ไทย)”**

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

ผู้ที่สมัครและชำระเงินแล้ว กรุณาส่งหลักฐานการชำระเงินพร้อมใบสมัครทางไปรษณีย์
หรือทางโทรสาร: **02-7181488**