

ติดรูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว



วิสามัญ

ใบสมัครสมาชิก
สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี
ชื่อภาษาอังกฤษ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจาก.....ปี.....
วุฒิการศึกษา..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/โรคศิลปะ เลขที่.....
ปริญญา วุฒิบัตร หรือประกาศนียบัตร เพิ่มเติม
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน.....
สถานที่ทำงาน.....
เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....
E-mail address (โปรดระบุให้ชัดเจน) :
สถานที่ต้องการให้ติดต่อหรือส่งวารสาร/จดสาร สถานที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน
ความต้องการรับวารสาร โลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ต้องการรับเล่มวารสาร ติดตามวารสารออนไลน์ทาง www.tsh.or.th
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคม โลหิตวิทยาแห่งประเทศไทยทุกประการ

ลงนามผู้สมัคร ลงนามผู้รับรอง*.....
วันที่สมัคร ()

หมายเลขสมาชิก.....

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสามัญหรือกรรมการบริหารสมาคมฯ

คุณสมบัติผู้สมัคร	สิทธิประโยชน์ของสมาชิกวิสามัญ
<input type="checkbox"/> แพทย์ทั่วไป หรือ <input type="checkbox"/> บุคคลที่ได้รับปริญญาทางวิทยาศาสตร์ หรือ <input type="checkbox"/> บุคคลปฏิบัติงานหรือสนใจทางโลหิตวิทยา	<ul style="list-style-type: none">♦ ประดับเครื่องหมายของสมาคมฯ ได้♦ ได้รับวารสาร/จดสาร และเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมของสมาคมฯ♦ เข้าร่วมการประชุมของสมาคมฯ♦ ขอตรวจดูเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานของสมาคมฯ ได้ โดยปฏิบัติตามระเบียบของสมาคมฯ♦ เสนอความคิดเห็นใดๆ เกี่ยวกับกิจการของสมาคมฯ ต่อคณะกรรมการบริหาร

ค่าบำรุงสมาคมสมาชิกวิสามัญตลอดชีพ : 1,200 บาท (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)

ชำระเงินสด

ชำระโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ชื่อบัญชี “สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย” เลขที่ 026-4-13189-7

สำหรับ เจ้าหน้าที่	<ul style="list-style-type: none">♦ ได้รับชำระค่าบำรุงสมาคมแล้วตามใบเสร็จรับเงินเลขที่..... ลงวันที่.....♦ คณะกรรมการบริหารสมาคมฯ ได้พิจารณารับรองให้เป็นสมาชิก เลขที่..... ตั้งแต่วันที่.....
-----------------------	---