สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

Thai Rheumatism Association

ใบสมัครสมาชิกประเภท.....

รูปถ่าย

วันที่.....

ชื่อ (ภาษาไทย)..... นามสกุล..... อายุ.....ปี

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ).....

วันเดือนปีเกิด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-Mail.....

สถานที่ทำงาน.....

การศึกษาแพทย์ ปริญญา.....

ชื่อมหาวิทยาลัย.....

จบปี.....

สถานที่เป็นแพทย์ฝึกหัด.....

สถานที่เป็นแพทย์ประจำบ้าน..... สาขา.....

สถานที่เป็นแพทย์เฟลโลว์..... สาขา.....

การฝึกอบรมอื่น ๆ.....

เกียรติประวัติและรางวัลที่ได้รับ.....

.....

❍ สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ❍ สำเนาวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ

ขอสมัครเป็นสมาชิกประเภท.....ของสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคมฯ ทุกประการ

ลงนาม.....ผู้สมัคร

(ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมฯ) ลงนาม.....ผู้รับรอง

คณะกรรมการได้พิจารณาแล้ว ให้รับเป็นสมาชิกประเภท.....เลขที่.....

ตั้งแต่วันที่.....

ลงนาม..... ลงนาม.....

เลขาธิการ/นายทะเบียน นายกสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย