



# ใบสมัครสมาชิก

## สมาคมแพทย์ความงาม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานสมาคมแพทย์ความงาม

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร  นพ.  พญ.  นาย  นาง  นางสาว.....อายุ.....ปี

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....เลขที่บัตรประชาชน.....

ประเภท  แพทย์ทั่วไป  แพทย์เฉพาะทาง สาขา.....บุคคลทั่วไป\* สาขา.....

สถาบันที่จบการศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....วุฒิกการศึกษา.....

\*หมายเหตุ : บุคคลทั่วไป ต้องมีวุฒิกการศึกษาตั้งแต่ ป.ตรีขึ้นไป โดยมีคณะกรรมการหรือแพทย์สมาชิกรับรองอย่างน้อย 2 คน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

อีเมล.....

สถานที่ทำงาน หน่วยงาน/บริษัท.....ตำแหน่ง.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

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

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

สถานที่จัดส่งเอกสาร  ที่ทำงาน  ที่อยู่ปัจจุบัน อื่นๆ ระบุ.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก  สมาชิกตลอดชีพ ค่าสมัคร 5,000.- บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ชำระค่าสมัคร  เงินสด  โอนเข้าบัญชี\*\* บัญชีออมทรัพย์ “สมาคมแพทย์ความงาม”

ธนาคารกรุงไทย สาขาอาคารเสริมมิตร เลขที่บัญชี 085-0-12816-1 ประเภท ออมทรัพย์

และส่งข้อมูลมาที่ ID LINE:ultra-tai หรือ e-mail : [naruty.9@gmail.com](mailto:naruty.9@gmail.com) โทร.094-9235536 คุณสุกัญญา โชติปัญญา โขติปัญญา

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ : เอกสารใบสมัคร

ครบถ้วน

อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้ว  อนุมัติให้รับเป็นสมาชิกตลอดชีพ

ไม่อนุมัติรับเป็นสมาชิก เนื่องจาก.....

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคมฯ

(.....)