

ใบสมัครสมาชิกสมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย

Thai Association of Pediatric Dentistry Membership Application

สำหรับเจ้าหน้าที่
ประเภทสมาชิก <input type="checkbox"/> สามัญ <input type="checkbox"/> สมทบ
เลขที่สมาชิก _____
วันที่รับเป็นสมาชิก _____

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ ทพ. ทพญ. _____ นามสกุล _____

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ท. _____ E-mail address _____

ที่อยู่บ้าน เลขที่ _____ หมู่ _____ หมู่บ้าน _____ ซอย _____

ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____ มือถือ _____

สถานที่ทำงาน _____ เลขที่ _____ หมู่ _____

หมู่บ้าน _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____

ที่อยู่ที่ต้องการให้สมาคมจัดส่งเอกสาร ที่บ้าน ที่ทำงาน

ประวัติการศึกษา

ระดับ	สาขา / จากมหาวิทยาลัย	ประเทศ	ปีที่จบ
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ท.บ.)			
ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก			
ประกาศนียบัตรชั้นสูง			
ปริญญาโท (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต)			
ปริญญาเอก (ปริญญาดุษฎีบัณฑิต)			
อบรมหลักสูตรทันตแพทย์ประจำบ้าน			
Additional Degree			

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาวุฒิการศึกษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กมาด้วย ใช่ ไม่ใช่

การชำระเงิน ค่าบำรุงตลอดชีพ 4,000 บาท

เงินสด 4,000 บาท

โอนเงิน จำนวน 4,000 บาท เข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี

เลขที่บัญชีออมทรัพย์ 051-278352-6 ชื่อบัญชี "สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย"

ส่งจดหมายมาที่ สมาคมทันตกรรมเด็กแห่งประเทศไทย

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 34 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หรือ email : thapd.regist@gmail.com

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ทุกประการ

ลงชื่อ _____

(_____)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....