รูปถ่าย

เลขประจำตัวสมาชิก สตท.....

เลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

เลขบัตรประชาชน (13 หลัก) .....

ใบสมัคร

สมาชิกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นพ/ พญ/.....ยศทางราชการ)..... นามสกุล .....

ชื่อภาษาอังกฤษ ..... นามสกุล .....

ที่ทำงาน (ภาษาอังกฤษ) หน่วย..... ภาควิชา .....

โรงพยาบาล .....เลขที่..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เกิดวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ .....ปี เชื้อชาติ ..... สัญชาติ .....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่ ..... หมู่บ้าน.....คอนโด.....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....อำเภอ .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

สถานที่ทำงาน หน่วย..... ภาควิชา .....

ตึก..... ชั้น ..... โรงพยาบาล .....

เลขที่..... ซอย ..... ถนน .....ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... FAX .....

ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน

มือถือ .....โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... ต่อ .....

โทรศัพท์ ที่บ้าน ..... E mail (ขอตัวเป็นพิมพ์) .....

สำเร็จการศึกษา พ.ศ..... จากสถาบัน .....

ทำงานด้านโรคไตมาจำนวน ..... ปี .....เดือน .....ระบุสถานที่ทำงาน .....

ปริญญา หรือประกาศนียบัตร .....

การศึกษา หรือการฝึกงานเพิ่มเติม ..... อนุมัติบัตร อายุรศาสตร์โรคไต ปี .....

ปริญญา หรือประกาศนียบัตรเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..... วุฒิบัตร อายุรศาสตร์โรคไต ปี .....

รายนามสมาชิก สมาคมฯ/ ราชวิทยาลัยฯ อื่น

1. .....
2. .....
3. .....

ค่าสมาชิกตลอดชีพ 5,000 บาท ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับรอง .....

(.....)

ต่างจังหวัดให้ซื้อเป็น ดร๊าฟ สั่งจ่าย “สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย”