



# สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

## DERMATOLOGICAL SOCIETY OF THAILAND

สำนักงาน: อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9 เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

Office: Royal Golden Jubilee Buliding (9<sup>th</sup> Floor) 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok, Huaykwang, Bangkok 10310 Thailand

โทร/Tel. 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ/Ext. 9012; โทรสาร/Fax 0-2716-6857

website: www.dst.or.th; email: contact@dst.or.th

## ใบสมัครสมาชิก

วันที่ .....

ชื่อภาษาไทย (นพ., พญ.).....นามสกุล .....

คำนำหน้าชื่อ (ยศ / ตำแหน่งวิชาการ) .....

ชื่อเดิม ..... นามสกุลเดิม .....

Name (English) .....

Prefix .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ..... วัน-เดือน-ปี เกิด ..... อายุ.....ปี

โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail: .....

ที่อยู่ที่บ้าน (เลขที่, ซอย/ตรอก, ถนน, แขวง/ตำบล, เขต/อำเภอ, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร)

Home Address (Street, subdistrict, district, province, zip code, telephone, fax)

สถานที่ทำงาน 1 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ซอย/ตรอก, ถนน, แขวง/ตำบล, เขต/อำเภอ, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร) .....

วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

Office Address 1 (Clinic/hospital, street, subdistrict, district, province, zip code, telephone, fax)

OPD date & time .....

สถานที่ทำงาน 2 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ซอย/ตรอก, ถนน, แขวง/ตำบล, เขต/อำเภอ, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร) .....

วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

สถานที่ทำงาน 3 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ซอย/ตรอก, ถนน, แขวง/ตำบล, เขต/อำเภอ, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร) .....

วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

สถานที่ทำงาน 4 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ซอย/ตรอก, ถนน, แขวง/ตำบล, เขต/อำเภอ, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร) .....

วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

สถานที่ทำงาน 5 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ซอย/ตรอก, ถนน, แขวง/ตำบล, เขต/อำเภอ, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร) .....

วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

- วุฒิการศึกษา** 1. แพทยศาสตรบัณฑิต จาก.....พ.ศ.....
2. วุฒิบัตร หรือ หนังสืออนุมัติ สาขา.....จาก.....พ.ศ.....
3. เกี่ยวกับโรคผิวหนัง.....จาก.....พ.ศ.....

**การทำงานเฉพาะทางสาขาวิชาโรคผิวหนัง (กรณียบอกระยะเวลาดำวย)**

ข้าพเจ้าทราบ “ข้อบังคับสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย” เป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้านุญาตให้สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย นำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษดังต่อไปนี้  
เผยแพร่บนเว็บไซต์ของสมาคมฯ ได้

1. ชื่อ นามสกุล
2. รูปภาพ
3. สถานที่ทำงาน วัน-เวลาออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก
4. วุฒิการศึกษา
  - 4.1 จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากที่ไหน เมื่อปี พ.ศ.อะไร
  - 4.2 จบวุฒิบัตรฯ หรือ หนังสืออนุมัติฯ สาขาดermatology จากที่ไหน เมื่อปี พ.ศ.อะไร
  - 4.3 จบวุฒิบัตรฯ หรือ หนังสืออนุมัติฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวท. จากที่ไหน เมื่อปี พ.ศ.อะไร

ข้าพเจ้าต้องการสมัครเป็นสมาชิกประเภท

- สามัญตลอดชีพ (วุฒิบัตรฯ /หนังสืออนุมัติฯ สาขาดermatology, วุฒิบัตรฯ /หนังสืออนุมัติฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวท.)
- สมทบตลอดชีพ (แพทย์)
- สมทบนานาชาติ ราย 3 ปี (แพทย์ต่างชาติ)

และขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมทุกประการ

\*\* กรุณาส่งเอกสารที่  บ้าน  ที่ทำงาน..... \*\*

หมายเหตุ - อัตราค่าสมัครสมาชิก

- สามัญตลอดชีพ **3,100 บาท**
- สมทบตลอดชีพ **2,100 บาท**
- สมทบนานาชาติ **3,100 บาท / 3 ปี**

- **เช็คธนาคาร** ส่งจ่าย “สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย”
- **โอนเข้าบัญชี** “สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย” ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่บัญชี 051-2-38933-0
- เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก
  1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
  2. สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกแพทยสภา หรือ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  3. สำเนาใบปริญญาบัตร แพทยศาสตรบัณฑิต
  4. ภาพถ่ายสีขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 ภาพ
  5. เฉพาะสมัคร สมาชิกสามัญ
    - สำเนาวุฒิบัตรฯ สาขาดermatology จากแพทยสภา หรือ
    - สำเนาหนังสืออนุมัติฯ สาขาดermatology จากแพทยสภา หรือ
    - สำเนาวุฒิบัตรฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวท. จากแพทยสภา หรือ
    - สำเนาหนังสืออนุมัติฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวท. จากแพทยสภา

(ลงนาม).....

(.....)