



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 Bulilding (9th 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

รูปถ่าย

ขนาด 2 นิ้ว

หรือ

139x200 pixels

ใบสมัครสมาชิก

วันที่

ชื่อภาษาไทย (นพ., พญ.).....นามสกุล

คำนำหน้าชื่อ (ยศ / ตำแหน่งวิชาการ)

ชื่อเดิม นามสกุลเดิม

Name (English)

Prefix

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

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

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, website)

วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

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

OPD date & time

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

วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

Office Address 2 (Clinic/hospital, street, subdistrict, district, province, zip code, telephone, fax, website)

OPD date & time

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

.....
.....
วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

Office Address 3 (Clinic/hospital, street, subdistrict, district, province, zip code, telephone, fax, website)

OPD date & time

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

.....
.....
วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

Office Address 4 (Clinic/hospital, street, subdistrict, district, province, zip code, telephone, fax, website)

OPD date & time

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

.....
.....
วัน เวลา ออกตรวจโรคผู้ป่วยนอก.....

Office Address 5 (Clinic/hospital, street, subdistrict, district, province, zip code, telephone, fax, website)

OPD date & time

- วุฒิการศึกษา**
1. แพทยศาสตรบัณฑิต จาก..... พ.ศ.....
 2. วุฒิบัตร หรือ หนังสืออนุมัติ สาขาตจวิทยา..... จาก..... พ.ศ.....
 3. วุฒิบัตรฯ หรือ หนังสืออนุมัติฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา จาก..... พ.ศ.....
 4. เกี่ยวกับโรคผิวหนัง..... จาก..... พ.ศ.....

การทำงานเฉพาะทางสาขาวิชาโรคผิวหนัง (กรณายกระยะเวลาด้วย)

.....
.....
ข้าพเจ้าทราบ “ข้อบังคับสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย” เป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าอนุญาตให้สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย 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 สาขาตจวิทยา จากที่ไหน เมื่อปี พ.ศ.อะไร
 - 4.3 จบวุฒิบัตรฯ หรือ หนังสืออนุมัติฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา จากที่ไหน เมื่อปี พ.ศ.อะไร

ข้าพเจ้าต้องการสมัครเป็นสมาชิกประเภท

- สามัญตลอดชีพ (วุฒิมัธยมศึกษา /หนังสืออนุมัติย สาขาตจวิทยา, วุฒิมัธยม /หนังสืออนุมัติย อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา)
- 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**

- เช็คราชการ 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 และ/หรือ digital file ขนาด 139x200 pixels
5. เฉพาะสมัคร สมาชิกสามัญ
 - สำเนาวุฒิมัธยมศึกษา สาขาตจวิทยา จากแพทยสภา หรือ
 - สำเนาหนังสืออนุมัติย สาขาตจวิทยา จากแพทยสภา หรือ
 - สำเนาวุฒิมัธยม อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา จากแพทยสภา หรือ
 - สำเนาหนังสืออนุมัติย อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา จากแพทยสภา

(ลงนาม).....

(.....)