



Established 1975

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 BUILDING (9th Floor) 2 SOI SOONVIJAI, NEW PETCHBURI ROAD, BANGKAPI, HUAYKWANG, BANGKOK 10310 THAILAND.
โทร/Tel. 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ/Ext. 9012 โทรสาร/Fax. 0-2716-6857

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:

ที่อยู่บ้าน (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.....

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

การทำงานเฉพาะทางสาขาวิชาโรคผิวหนัง (กรุณาบอกระยะเวลาดำย)

ข้าพเจ้าทราบระเบียบของสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทยเป็นอย่างดีแล้ว

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 อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา จากที่ไหน เมื่อปี พ.ศ.อะไร

ข้าพเจ้าต้องการสมัครเป็นสมาชิกประเภท

สามัญตลอดชีพ (วุฒิบัตรฯ สาขาตจวิทยา, หนังสืออนุมัติฯ สาขาตจวิทยา, วุฒิบัตรฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา)

สมทบตลอดชีพ (แพทย์)

สมทบนานาชาติ ราย 3 ปี (แพทย์ต่างชาติ)

และขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมทุกประการ

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

หมายเหตุ - อัตราค่าสมัครสมาชิก

- สามัญตลอดชีพ **2,100 บาท**
- สมทบตลอดชีพ **1,100 บาท**
- สมทบนานาชาติ **3,100 บาท / 3 ปี**

- **เช็คธนาคาร** สั่งจ่าย “สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย”

- **โอนเข้าบัญชี** “สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย” ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี
 เลขที่บัญชี 051-2-38933-0

- เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกแพทยสภา หรือ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- สำเนาใบปริญญาบัตร แพทยศาสตรบัณฑิต
- ภาพถ่ายสีขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 ภาพ
- เฉพาะสมัคร สมาชิกสามัญ
 - สำเนาวุฒิบัตรฯ สาขาตจวิทยา หรือ
 - สำเนาหนังสืออนุมัติฯ สาขาตจวิทยา หรือ
 - สำเนาวุฒิบัตรฯ อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา

(ลงนาม).....

(.....)