



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมแผลไหม้และสมานแผล (ประเทศไทย)

รูปถ่าย 1 นิ้ว

วันที่

เรียน เลขาธิการ สมาคมแผลไหม้และสมานแผล (ประเทศไทย)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะสมัครเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแผลไหม้และสมานแผล (ประเทศไทย)”
และขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับของสมาคมทุกประการ

ชื่อ-สกุล ไทย

อังกฤษ

วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี อาชีพ แพทย์ พยาบาล

อื่นๆ (ระบุ)

สาขา ใบประกอบโรคศิลป์ เลขที่

ที่อยู่ปัจจุบัน

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์ มือถือ E-mail:

สถานที่ส่งเอกสาร(โปรดระบุ) ที่บ้าน ที่ทำงาน และได้รับวารสารแผลไหม้และสมานแผลแห่งประเทศไทย

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมและส่งใบสมัครที่ จีวรวัฒน ปานสำลี

สำนักงาน สมาคมแผลไหม้และสมานแผล (ประเทศไทย) ชั้น 6 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี

ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์. 0-27166143 โทรสาร. 0-27166144 083-2939889 E-mail: pjirawan0215@gmail.com

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

แพทย์ ค่าสมัคร 1,000 บาท ตลอดชีพ

พยาบาล และอื่นๆ ค่าสมัคร 500 บาท ตลอดชีพ

ชื่อบัญชี “สมาคมแผลไหม้และสมานแผล (ประเทศไทย)” ธนาคารกรุงไทย

ออมทรัพย์ สาขาดถนนเพชรบุรีตัดใหม่ 041-014014-7