



## ใบสมัครสมาชิก

### สมาคมเวชศาสตร์ชั้นสูตรทางสัตวแพทย์ไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) ..... อายุ ..... ปี สัญชาติ .....

NAME 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SURNAME 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เกิดวันที่ .....เดือน ..... ปี พ.ศ. ....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... ตรอกซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... โทรศัพท์มือถือ ..... e-mail .....

ปัจจุบันประกอบอาชีพ ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน .....

ตรอกซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

สถานที่ติดต่อ  ที่บ้าน  ที่ทำงาน

จบการศึกษาจาก ..... พ.ศ. .... รุ่นที่ ..... วุฒิการศึกษา.....

มีความประสงค์สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมเวชศาสตร์ชั้นสูตรทางสัตวแพทย์ไทย ประเภท

- สมาชิกสามัญตลอดชีพ ชำระค่าบริการครั้งเดียว 2,000 บาท  ค่าบำรุงรายปี ละ 200.- บาท  ค่าลงทะเบียนครั้งแรก 100 บาท  
 สมาชิกสามัญนิติบุคคล ชำระค่าบริการครั้งเดียว 5,000 บาท  ค่าบำรุงรายปี ละ 2000.- บาท  ค่าลงทะเบียนครั้งแรก 500 บาท  
พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าลงทะเบียนครั้งแรก ..... บาท และค่าบำรุง ..... บาท รวมเป็นเงิน .....

(.....) โดย  เงินสด  เช็ค  ธนาคาส่งจ่าย ปณ.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในนามสมาคมเวชศาสตร์ชั้นสูตรทางสัตวแพทย์ไทย หรือ โอนเงินเข้าธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ สาขาสยามสแควร์ ชื่อบัญชี

TAVLD เลขที่บัญชี 038-282462-5 กรุณาแปะกซ์หรือส่งสำเนาใบโอนเงินทางอีแมล์มาที่นายทะเบียน

ข้าพเจ้าทราบวัตถุประสงค์และข้อบังคับของสมาคมเวชศาสตร์ชั้นสูตรทางสัตวแพทย์ไทยและยินดีจะปฏิบัติตามทุกประการ

อ.น.สพ.ดร.เกษม รัตนภิญโญพิทักษ์ (นายทะเบียน)

สมาคมเวชศาสตร์ชั้นสูตรทางสัตวแพทย์ไทย

c/o คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนอังรีดูนังต์ กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0 2218-9620 โทรสาร 0 2252-0779

อีแมล์ rkasem\_b\_dave@hotmail.com, kasem.r@chula.ac.th

ลงชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

ผู้รับรอง .....

(.....)