



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพ
สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกตลอดชีพของ “สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย”

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ รายละเอียดของข้าพเจ้ามีดังนี้

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

1. นายแพทย์ แพทย์หญิง :

First name - Last name :

ตำแหน่งทางวิชาการ : ระดับชั้นข้าราชการ :

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. เชื้อชาติ สัญชาติ

คุณวุฒิ ว.อายุรศาสตร์ ว.ศัลยศาสตร์ อื่นๆระบุ

2. ท่านปฏิบัติงานด้านการส่องกล้องโรกระบบทางเดินอาหาร

น้อยกว่า 20% ของเวลาทำงาน 20 - 50% ของเวลาทำงาน มากกว่า 50% ของเวลาทำงาน

3. ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อและส่งจดหมายถึงได้) บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

4. ที่ทำงาน

.....โทรศัพท์

.....โทรสาร

5. การติดต่อทางไปรษณีย์ กรุณาส่งไปที่ บ้าน ที่ทำงาน Email address

6. ผู้รับรองในการสมัครสมาชิกของสมาคมครั้งนี้คือ

1)

2)

การสมัครสมาชิก สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย (TAGE) ประกอบด้วย

1. ใบสมัครสมาชิก

2. ค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพจำนวน 1,500 บาท

สถานที่รับสมัคร : สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 10 เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวันกรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 02-2564-329 Email : tage.endo@gmail.com

หมายเหตุ : ในการสมัครสมาชิกจะสมบูรณ์ต่อได้ผ่านมติที่ประชุมของกรรมการสมาคมแล้วเท่านั้น

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ชำระเงินเป็นค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพแล้วเป็นเงิน 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ซึ่งข้าพเจ้าได้ชำระเป็น

เงินสด

เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....ลงวันที่

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก

หมายเหตุ : สำหรับการรับสมัครในปีแรกของการจัดตั้งสมาคม (ปีพุทธศักราช 2548 – 2549 : ไม่ต้องมีผู้รับรอง) และท่านสามารถส่งใบสมัครเพื่อพิจารณาเป็นสมาชิกในปี 2548 - 2549 โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่จะไม่ได้รับสิทธิ์เท่าสมาชิกตลอดชีพ เช่น สิทธิ์ในหนังสือที่แจก, ส่วนลดสำหรับการเข้าร่วมประชุมที่จัดโดยสมาคม