



ใบสมัครสมาชิกตลอดชีพสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สมัครในนามหน่วยงาน ชื่อ

สมัครเอง นายแพทย์ แพทย์หญิง

ชื่อ/นามสกุล First Name/Last Name.....

วัน/เดือน/ปี เกิด Email:

ปฏิบัติงานเป็น อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ อื่น ๆ (ระบุ)

ทั่วไป เฉพาะทางระบบทางเดินอาหาร เฉพาะทางอื่น ๆ (ระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน ซอย.....

ถนน แขวง/ตำบล เขต/ อำเภอ

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ที่ทำงาน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ อาคาร/หมู่บ้าน ซอย.....

ถนน แขวง/ตำบล เขต/ อำเภอ

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ที่จัดส่งเอกสาร/หนังสือ

บ้าน ที่ทำงาน

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกตลอดชีพของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย)

โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)