



ใบสมัครสมาชิก สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย

[] แพทย์ [] พยาบาล [] อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วย.....

[] ภาควิชา [] แผนก.....สถานที่ทำงาน / โรงพยาบาล.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....โทรสาร.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (ที่บ้าน).....มือถือ.....

E-mail :

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ประเภท

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> OB-GYN | <input type="checkbox"/> Surgical Oncogist |
| <input type="checkbox"/> Gyn.Oncologist | <input type="checkbox"/> Fellow Gyn Oncologist |
| <input type="checkbox"/> Medical Oncologist | <input type="checkbox"/> แพทย์สาขาอื่น ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> Radiation Oncologist | <input type="checkbox"/> แพทย์ทั่วไป |

ขอสมัครเป็นสมาชิกและชำระค่าสมัครสมาชิก เป็นเงิน 1,070 บาท (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ชำระแล้ว วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยังไม่ได้ชำระ

ลงชื่อ.....

วันที่สมัคร.....

หมายเหตุ : การสมัครนี้ยังไม่ถือว่าผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ เนื่องจากการรับเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ ต้องได้รับการรับรองจากที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปีและชำระค่าสมัคร จึงมีสถานะเป็นสมาชิกที่สมบูรณ์

สำนักเลขาธิการ : ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6441 (สายตรง) หรือ 0-2716-6661-4 ต่อ 8042 โทรสาร 0-2716-6442