



ใบสมัครสมาชิกสมาคม

สมาคมเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ แห่งประเทศไทย

Thai Association of Anti-Aging and Regenerative Medicine (TAARM)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรียน นายกสมาคมเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ แห่งประเทศไทย

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร นพ. พญ. นาย นาง นางสาว _____ อายุ _____ ปี

ประเภท แพทย์ทั่วไป ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) _____

แพทย์เฉพาะทาง สาขา _____ *บุคคลทั่วไป สาขา _____

สถาบันที่จบการศึกษา _____ ปีที่จบการศึกษา _____

วุฒิการศึกษา _____ เลขบัตรประชาชน

ผู้รับรอง (กรณีบุคคลทั่วไป) 1. _____ 2. _____

**หมายเหตุ: บุคคลทั่วไปต้องมีวุฒิจบการศึกษาตั้งแต่ ป.ตรีขึ้นไป โดยมีคณะกรรมการหรือแพทย์สมาชิกรับรองอย่างน้อย 2 คน*

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ _____

โทรสาร _____ มือถือ _____ E-mail: _____

สถานที่ทำงาน/บริษัท _____ ตำแหน่ง _____

เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ _____

สถานที่จัดส่งเอกสาร ที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน อื่นๆ (ระบุ) _____

ขอสมัครเป็นสมาชิก สมาชิกตลอดชีพ ค่าสมัคร 10,000 บาท สมาชิกรายปี ค่าสมัคร 2,000 บาท ต่อ ปี

ลงชื่อ _____ ผู้สมัคร

(_____)

สำหรับเจ้าหน้าที่ เอกสารใบสมัคร

ชำระค่าสมัคร เงินสด โอนเข้าบัญชี**

ธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขา อโศก เลขที่ 032-4-607-209 ประเภท ออมทรัพย์ และ FAX มาที่เบอร์ 02-664-4362

***หมายเหตุ: สอบถามเพิ่มเติมโทรศัพท์ 02-664-4360*

คุณวริษฐา (ตุ๊กตา)

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจ

(_____)

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้วอนุมัติให้รับเป็นสมาชิก

ประเภท สมาชิกตลอดชีพ สมาชิกรายปี

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ _____ ลงวันที่ _____

เลขที่สมาชิกรายปี _____ ตั้งแต่วันที่ _____ สิ้นสุดสมาชิกวันที่ _____

ลงชื่อ _____ นายกสมาคมฯ

(_____)