



ใบสมัคร สมาชิก สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

ข้าพเจ้า ภก./ภญ. (ยศ).....นามสกุล.....
เกิดวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ..... อายุ.....ปี
จบการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต พ.ศ.จากมหาวิทยาลัย.....
ประเทศ.....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
ที่ทำงาน/สังกัด.....
เลขที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
E-mail Address.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....งานวิชาชีพที่สนใจ/ถนัด.....
ต้องการให้ส่งเอกสารที่ บ้าน ที่ทำงาน

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ตั้งแต่วันที่.....
(สมาชิกตลอดชีพเสียค่าบำรุงครั้งเดียว 1,000.- บาท หนึ่งพันบาทถ้วน)

พร้อมกันนี้ได้ชำระค่าบำรุงสมาชิกเป็น เงินสด
 ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณ.สันติสุข 10113 ในนาม “สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)”
 โอนเงิน เข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกสิกรไทย สาขาสุขุมวิท 57 เลขที่ 046-2-73779-3 ชื่อบัญชี “สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)”
 ต้องการรับวารสารฉบับพิมพ์เล่ม ไม่ต้องการรับวารสารฉบับพิมพ์เล่ม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯ ที่มีอยู่แล้วหรือที่จะมีต่อไป และจะปฏิบัติเพื่อประโยชน์ส่วนรวมแห่งความเจริญก้าวหน้าของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....) ตัวบรรจง
วันที่.....

หมายเหตุ : ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงชื่อ/ที่อยู่ของสมาชิก โปรดแจ้งสมาคมฯ โทร. 0-2249-9333 Fax. 0-2249-9331

ส่วนของเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จรับเงินเลขที่.....

หมายเลขสมาชิก.....



กรุณาส่ง

ติดสแตมป์

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล(ประเทศไทย)

3850/2 ถนนพระราม 4 เขตคลองเตย

กรุงเทพฯ 10110