



รังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย

The Radiological Society of Thailand

สำนักงาน อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย 1 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6583 โทรสาร 0-2716-5964

รูปถ่ายขนาด
2 นิ้ว

ใบสมัครสมาชิก

เลขที่.....

ประเภทสมาชิก ตลอดชีพ สามัญ สมทบ

ชื่อ (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....นามสกุล.....
(ภาษาอังกฤษ).....

วัน / เดือน / ปี เกิด.....อายุ.....ปี

ประเภท แพทย์ ฟิสิกส์การแพทย์ รังสีเทคนิค พยาบาล
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ E-mail address :

คุณวุฒิการศึกษา (ปริญญาตรี).....สถาบันการศึกษา.....
(ปริญญาโท).....สถาบันการศึกษา.....
(ปริญญาเอก).....สถาบันการศึกษา.....

- ที่อยู่ปัจจุบัน.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

- สถานที่ทำงาน.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

- สถานที่ที่ติดต่อสะดวก ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน
 หรืออื่นๆ (โปรดระบุ เป็นภาษาไทย).....รหัสไปรษณีย์.....

- ยินยอม / ไม่ยินยอม ให้ชื่อภาษาไทย และชื่อภาษาอังกฤษ รวมถึง E-mail address เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่เป็น
ประโยชน์จากสมาคมที่เกี่ยวข้องทางด้านรังสีวิทยาทั้งในประเทศ และต่างประเทศ
 ยินยอม ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆ เป็นความจริง และสัญญาว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
ทุกประการ

ลงชื่อ.....

วันที่สมัคร.....

ชื่อผู้รับรอง (สมาชิกสามัญ).....เลขที่สมาชิก.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ :- ได้รับเงินค่าสมัครแล้ว จำนวนบาท (.....)

ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ / เลขที่.....เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน