

รูปถ่าย  
1 รูป



เลขที่สมาชิก.....  
ปีที่สมัคร.....  
ใบเสร็จ.....

ใบสมัครสมาชิกชมรมคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจแห่งประเทศไทย  
Thai Society of Echocardiography (TSE)

1. ชื่อ.....นามสกุล.....  
First Name ..... Last Name .....

วัน เดือน ปี เกิด...../...../.....อายุ.....ปี สถานภาพ  คู่  โสด

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้  บ้าน  ที่ทำงาน ระบุชื่อโรงพยาบาล.....  
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรเคลื่อนที่.....

e-mail .....

2. ที่ทำงาน.....ตั้งแต่ปี พ.ศ.....

ตำแหน่งในปัจจุบัน.....

3. ท่านสามารถช่วยงานชมรมฯ ได้ในด้านใดบ้าง (ระบุ)

.....  
.....

4. สมัครสมาชิก และค่าสมัครสมาชิก

สมาชิกสามัญ ค่าสมาชิก 1,000 บาท/5 ปี

สมาชิกสมทบ ค่าสมาชิก 500 บาท/5 ปี

5. วุฒิการศึกษา

พบ.

อว/ว วิทยาศาสตร์ทั่วไป

อว/ว วิทยาศาสตร์โรคหัวใจ

อว/ว ศัลยศาสตร์ทรวงอก

อว/ว กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป/หัวใจ

อื่นๆ ระบุ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง  
(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารที่ต้องนำส่ง  
เรียบร้อยแล้ว

- 1) ใบสมัครฉบับนี้โดยกรอกรายละเอียดครบ และมีลายเซ็นผู้เสนอ และผู้รับรอง
- 2) รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป
- 3) สำเนาสูติบัตร หรือหนังสืออนุมัติแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 1 ชุด

กรุณา ส่ง โดยตรงที่

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 5

เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10310

หมายเลขโทรศัพท์ 0-2718-0060-64 โทรสาร 0-2718-0065