



ใบสมัครสมาชิกกรรหาวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

หมายเลขสมาชิก

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

รูปถ่าย 1 นิ้ว	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	-	-	-	-	-	-	-	-
	<input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง		วัน/เดือน/ปี เกิด .....			อายุ .....			
	ชื่อ	นามสกุล	สกุลเดิม						
ชื่อภาษาอังกฤษ									

นามเต็ม (พร้อมยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ, อธิปไตย)

จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก	<input type="radio"/> ว.อายุรศาสตร์ <input type="radio"/> อว.อายุรศาสตร์
สถาบัน .....	ได้เมื่อ พ.ศ..... เลขที่ .....
จบแพทย์ประจำบ้านจาก	<input type="radio"/> ว.อายุรศาสตร์ <input type="radio"/> อว.อายุรศาสตร์
สถาบัน .....	สาขา .....
จบแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจาก	ได้เมื่อ พ.ศ..... เลขที่ .....
สถาบัน .....	

ที่อยู่ทำงาน  รัฐบาล  เอกชน  โปรตระนูที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร

ที่อยู่คลินิก

โทรศัพท์ โทรสาร

ที่อยู่ที่บ้าน

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ

E - mail ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก  บ้าน  ที่ทำงาน  คลินิก

ประวัติการทำงาน (เรียงจากปัจจุบัน - อดีต)

ตั้งแต่ / ถึง	สถานที่ปฏิบัติงานหรือสถาบันฝึกอบรม	สังกัดสาขาวิชา	สถานภาพ (พบ./เฟลโลว์ / แพทย์ใช้ทุน) หรืออื่น ๆ โปรตระนู

ปฏิบัติงานอายุรศาสตร์มานาน ..... ปี

ตำแหน่งหน้าที่ในอดีต ..... ..... .....	
สมาชิกสมาคม / ชมรมฯ      แพทยสมาคม เลขที่ ..... ..... อื่น ๆ โปรดระบุ ..... .....	
สาขาวิชาที่เกี่ยวข้องว่าเป็นพิเศษ .....	
สาขาที่เกี่ยวข้องจริงลงไป .....	
ผลงานที่สำคัญ, รางวัล, เกียรติยศ ..... .....	
ข้าพเจ้ายินยอมให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะได้	
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10320 โทร.0-2718-1649-51, 0-2716-6744 โทรสาร.0-2718-1652	ลงชื่อ ..... ( ..... ) วันที่ ..... / ..... / .....

**หลักฐานการสมัคร**

- รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
- สำเนาโฉมบัตรหรือหนังสืออนุมัติ (กรณียังไม่มีโฉมบัตรให้ใช้ใบรับรองจากสถาบันฝึกอบรม)
- ค่าสมัครสมาชิก 4,000 บาท (ตลอดชีพ)

\_\_\_\_\_

เจ้าหน้าที่

ที่ประชุมมีมติให้เป็นสมาชิก	<input type="radio"/> กิตติมศักดิ์	<input type="radio"/> สามัญ	<input type="radio"/> วิสามัญ
ในการประชุมกรรมการบริหารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ      ครั้งที่ .....      วันที่ ..... / ..... / .....			