

แบบฟอร์มแจ้งเปลี่ยนที่อยู่ สมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ชื่อ ชื่อสกุล

หมายเลขสมาชิก

--	--	--	--	--

รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว

วว.อายุรศาสตร์ทั่วไป.....

อว.อายุรศาสตร์ทั่วไป.....

ปฏิบัติงานสาขาอายุรศาสตร์ นาน ปี

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

--	--	--	--	--

วว.สาขา.....

อว.สาขา.....

วัน เดือน ปี เกิด

จบแพทย์ศาสตร์บัณฑิตจากสถาบัน

สถาบัน พ.ศ.....

ศาสนา

จบแพทย์ประจำบ้านจากสถาบัน

จบแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจากสถาบัน

สถาบัน ปี พ.ศ..... สถาบัน ปี พ.ศ.....

ที่อยู่ทำงาน.....

ที่อยู่คลินิก.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail.....

ตำแหน่งหน้าที่ในอดีต

ที่อยู่ที่บ้าน.....

สมาชิกสมาคมฯ

แพทย์สมาคม เลขที่

.....

.....

.....

โทรศัพท์.....

วิทยุ..... มือถือ

ผลงานที่สำคัญ, รางวัล, เกียรติยศ,

โปรดส่งแบบฟอร์มกลับมาที่ ฝ่ายทะเบียนสมาชิก ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ

2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กทม. 10310

ติดต่อสอบถาม โทร 0-2716-6744 ต่อ 14 , แฟกซ์ 0-2718-1652