



ใบสมัครสมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

หมายเลขสมาชิก

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| รูปถ่าย 1 นิ้ว  | <input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง    วัน/เดือน/ปี เกิด ..... / ..... / ..... |  |   |
|   | ชื่อ  | นามสกุล  | สกุลเดิม  |
|   | ชื่อภาษาอังกฤษ  |  |   |
| นามเต็ม (พร้อมยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ, อธิปไตย)   |   |  |   |
| จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก  |   | <input type="radio"/> ว.อายุรศาสตร์ <input type="radio"/> อว.อายุรศาสตร์                                     |   |
| สถาบัน .....  | พ.ศ.....  | ได้เมื่อ พ.ศ..... เลขที่ .....   |   |
| จบแพทย์ประจำบ้านจาก   |   | <input type="radio"/> ว.อายุรศาสตร์ <input type="radio"/> อว.อายุรศาสตร์                                     |   |
| สถาบัน .....  | พ.ศ.....  | สาขา .....   |   |
| จบแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจาก   |   | ได้เมื่อ พ.ศ..... เลขที่ .....   |   |
| สถาบัน .....  | พ.ศ.....  |  |   |
| ที่อยู่ทำงาน  |   |  |   |
| โทรศัพท์  |   | โทรสาร   |   |
| ที่อยู่คลินิก   |   |  |   |
| โทรศัพท์  |   | โทรสาร   |   |
| ที่อยู่บ้าน   |   |  |   |
| โทรศัพท์  |   | โทรสาร   | มือถือ  |
| E - mail  |   | ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก <input type="radio"/> บ้าน <input type="radio"/> ที่ทำงาน <input type="radio"/> คลินิก |   |
| ท่านประสงค์ให้ส่งข้อมูลทาง e-mail แทน ในกรณีนี้ที่ส่งได้ <input type="radio"/> ต้องการ <input type="radio"/> ไม่ต้องการ |   |  |   |
| <b>ประวัติการทำงาน (เรียงจากปัจจุบัน - อดีต)</b>  |   |  |   |
| ตั้งแต่ / ถึง   | สถานที่ปฏิบัติงานหรือสถาบันฝึกอบรม  | สังกัดสาขาวิชา   | สถานภาพ (พบ./เฟลโลว์ / แพทย์ใช้ทุน) หรืออื่น ๆ โปรดระบุ |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |
|   |   |  |   |

|   |  |
|---|--|
| ปฏิบัติงานอายุศาสตร์มานาน ..... ปี  |  |
| ตำแหน่งหน้าที่ในอดีต .....  |  |
| .....   |  |
| .....   |  |
| สมาชิกสมาคม / ชมรมฯ แพทยสมาคม เลขที่ .....  |  |
| อื่น ๆ โปรดระบุ .....   |  |
| .....   |  |
| สาขาวิชาที่เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ .....   |  |
| สาขาที่เชี่ยวชาญรองลงไป .....   |  |
| ความสามารถพิเศษ .....   |  |
| งานอดิเรก .....   |  |
| ผลงานที่สำคัญ, รางวัล, เกียรติยศ .....  |  |
| .....   |  |
| หัวข้อที่สนใจ และกิจกรรมพิเศษ .....   |  |
| .....   |  |
| <p>อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย</p> <p>ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10320</p> <p>โทร.0-2718-1649-51, 0-2716-6744 โทรสาร.0-2718-1652</p> | <p>ลงชื่อ .....</p> <p>( ..... )</p> <p>วันที่ ..... / ..... / .....</p> |

**หลักฐานการสมัคร**

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

\_\_\_\_\_

**เจ้าหน้าที่**

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