



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวด

THAI ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN

ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ช.ศูนย์วิจัย ด.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ้วยขวาง กรุงเทพฯ 10320

โทร. 02-7167010 Fax. 02-7167011 Website : www.thaiiasp.com

E-mail: thaiiasp@asianet.co.th, thaiiasp@hotmail.com, thai_iasp@yahoo.com

หมายเลขสมาชิก.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ชื่อ นามสกุล (ยศ, คำนำหน้า)

ชื่อ ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)

ตำแหน่งปัจจุบัน เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

วุฒิการศึกษาสูงสุด (ภาษาไทยและอังกฤษ)

สาขาวิชาที่ทำงาน.....

กิจกรรมและงานที่สนใจด้านความปวด

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ..... E-mail.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ..... E-mail.....

ประวัติส่วนตัว: วัน เดือน ปี เกิด:.....

สถานที่เกิด.....

คู่สมรส (ถ้ามี) ชื่อ:.....

บุตร (ถ้ามี) ชื่อ:.....

สถานที่ต้องการให้สมาคมฯติดต่อส่งข่าวสาร ที่บ้าน ที่ทำงาน

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดประเภทสามัญตลอดชีพ โดยได้แนบเงินค่าสมาชิก 500 บาท

- เงินสด, ธนาคัติหรือเช็คธนาคาร ส่งจ่าย สมาคมการศึกษาเรื่องความปวด
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภาอากาศไทย ชื่อบัญชี สมาคมการศึกษาเรื่องความปวด เลขที่ 045-2-87744-3 (กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมใบสมัครสมาชิกมายังสมาคมฯ)

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง.....

วันที่.....