



The Thai Cleft Lip-Palate
and Craniofacial Association

สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่
ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย

ใบสมัครสมาชิก Application Form

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....
 Name-Last name.....อายุ.....ปี เพศ หญิง ชาย
 ที่อยู่ติดต่อ.....
 สถานที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์/โทรสาร.....เบอร์มือถือ.....
 E-mail Address:หมายเลขบัตรประชาชน.....

ความเชี่ยวชาญ

- Plastic Surgery Maxillofacial Surgery Orthodontics Dentistry Otolaryngology
 Speech-Language Audiology Psychology Psychiatry Nursing
 Social Work Prosthodontics Pediatrics Others.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ประเภทสมาชิก

- สมาชิกสามัญ (Active Member) => แพทย์และทันตแพทย์ 1,500 บาท / สาขาอื่น ๆ 500 บาท
 สมาชิกสมทบ (Associate Member) => 400 บาท

ผู้รับรอง (สมาชิกก่อตั้งของสมาคมฯ หรือสมาชิกสามัญของสมาคมฯ หรือตัวแทนราชวิทยาลัยหรือสมาคมวิชาชีพของผู้สมัคร)

- 1) ตำแหน่ง..... โทร/Email.....
 2) ตำแหน่ง..... โทร/Email.....

การชำระเงิน

- เงินสด จำนวน บาท โอนเงิน จำนวน บาท

เข้าบัญชี “สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย”

บัญชีเลขที่ 462-019480-1 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (อาคาร ภ.ป.ร.)

กรุณาส่งสำเนาหนังสือรับรองความเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ หรือระบุเลขประจำตัวผู้ประกอบการวิชาชีพ

พร้อมหลักฐานการโอนเงิน และใบสมัครนี้มาที่ thaicleft@gmail.com หรือโดยไปรษณีย์มาที่

นายทะเบียนสมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย

ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตึก สก. ชั้น 14) 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....