



The Thai Cleft Lip-Palate
and Craniofacial Association
สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่
โบน้าและศีรษะ: แห่งประเทศไทย

ใบสมัครเป็นสมาชิก Application Form

ชื่อ (English.....)

ที่อยู่ (บ้าน).....

ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) (ที่บ้าน).....

โทรศัพท์เคลื่อนที่..... โทรสาร.....

E-mail Address.....

ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญา

สถาบัน	สถานที่	ปีที่จบ	ปริญญา
1.....
2.....
3.....

ระดับหลังปริญญา

สถาบัน	สถานที่	ปีที่จบ	ปริญญา/วุฒิปัตร
1.....
2.....
3.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

.....Anatomy	.....Audiology	.....Coordinator / Administrator	.....Counseling	.....Dental Hygiene
.....Dietetics/Nutrition	.....Family Practice	.....General Dentistry	.....General Medicine	.....General Surgery
.....Genetics	.....Neurosurgery	.....Nursing	.....Oral Surgery	.....Orthodontics
.....Otolaryngology	.....Pediatrics	.....Pediatric Surgery	.....Plastic Surgery	.....Prosthodontics
.....Psychiatry/Neurology	.....Psychology	.....Radiology	.....Research	.....Pediatrics Dentistry
.....Pathology	.....Social Work	.....Speech-Language	.....Others (specify.....)	

ประเภทสมาชิก

- สมาชิกสามัญ [Active Member] ค่าสมัคร/บำรุง
400 บาทต่อปี
- บุคคลที่ให้การดูแลรักษาผู้พิการปากแหว่ง เพดานโหว่ โบน้าและศีรษะในประเทศไทย
- สมาชิกสมทบ [Associate Member(A)] 200 บาทต่อปี
- บุคคลที่สนใจและประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพ
มีสิทธิเข้าร่วมประชุมทางวิชาการของสมาคมตลอดจนการได้รับแต่งตั้งให้เป็นอนุกรรมการเพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งของสมาคม แต่ไม่มีสิทธิในการลงคะแนนเสียงในที่ประชุมใหญ่สามัญและวิสามัญ

- สมาชิกนานาชาติ [International Member(I)]** 30 USD ต่อปี
บุคคลที่มีความสนใจในสายอาชีพที่สอดคล้องกับพันธกิจและวัตถุประสงค์ของสมาคม หรือมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในสมาชิกสามัญ แต่ประกอบอาชีพหรือให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่นอกประเทศไทย
- สมาชิกกิตติมศักดิ์ [Honor Member(H)]** ยกเว้น
บุคคลที่คณะกรรมการบริหารลงมติเชิญให้เป็น โดยเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับด้านผลงานทางวิทยาศาสตร์ หรือมีความเข้าใจและการดูแลรักษาผู้พิการปากแหว่ง ใบหน้าและศีรษะ
- สมาชิกตลอดชีพ [Life Member]** 2,000 บาท (ยกเว้นรายปี)
บุคคลที่เคยเป็นสมาชิกสามัญ หรือบุคคลที่สนใจและประกอบอาชีพเกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพ และมีอายุเกิน 65 ปี

ท่านได้รับทราบข่าวสารของสมาคมฯ จาก.....

ชำระค่าสมัคร จำนวน.....บาท (.....บาทถ้วน)

ประเภทการชำระเงินค่าสมัครสมาชิก (กรุณากรอกข้อมูลด้านล่าง)

- เงินสดจำนวน..... บาท
- เช็คธนาคาร..... สาขา..... เลขที่..... ลงวันที่.....
สั่งจ่ายในนามเช็คต่างจังหวัดเพิ่มค่าธรรมเนียม 10 บาท รวมเป็นเงิน บาท
กรุณาส่งเช็คธนาคารตัวจริงแนบมาพร้อมกับใบสมัคร
- โอนเข้าบัญชี “สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย”
บัญชีเลขที่ 565-441888-3 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พร้อมส่งหลักฐานการโอนมาโดยโทรสารหรืออีเมล info@thaicleft.org

หน้าที่ของท่านในทีมสหวิทยาการ

หน้าที่	ชื่อทีม	สถานที่ตั้ง/โรงพยาบาล
.....
.....
.....
.....

ประเภทของงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง

- การวิจัย
- การศึกษา
- การบริการทางคลินิก
- การบริหารจัดการ
- อื่นๆ.....

องค์กรวิชาชีพ

ชื่อองค์กรที่เป็นสมาชิก	ตำแหน่งที่แสดงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะ
1.....
2.....
3.....
4.....

ความสนใจของข้าพเจ้าในงานที่เกี่ยวข้องกับความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะ

.....
.....

หนังสือรับรอง รางวัลและเกียรติที่เคยได้รับ

.....
.....
.....

ผู้สนับสนุน

ชื่อ	สกุล	E-mail	ลายเซ็น
1.....
2.....
3.....

ถ้าข้าพเจ้าได้รับการรับรองการเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินดีจะปฏิบัติตามเงื่อนไข ข้อกำหนดด้านจริยธรรมและธรรมนูญของสมาคมฯ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์มาที่สำนักงานของสมาคมฯ หรือตามที่อยู่ของฝ่ายทะเบียนและเหรียญกษาปณ์ของสมาคมฯ

กรุณาส่ง
ผศ.ทพญ.วิภาพรรณ ฤทธิธกมล
(ฝ่ายทะเบียนและเหรียญกษาปณ์)
สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ไบหน้ำและศีรษะแห่งประเทศไทย
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถ.กาญจนวนิช
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่
สงขลา 90110

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15 ถ.กาญจนวนิช ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทรศัพท์ 074451423 โทรสาร 074429384 เว็บไซต์ www.thaicleft.org

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมฯ

ชำระเงินค่าสมัครแล้วเป็นจำนวนเงินบาท

ตัวอักษร.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับเงิน

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

นายทะเบียนและเหรัญญิก

ลงวันที่.....

ผลการพิจารณา

รับรองเป็นสมาชิก เลขสมาชิก.....

ไม่รับรองเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....

(.....)

นายกสมาคม

วันที่.....