



The Thai Cleft Lip-Palate
and Craniofacial Association

สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่
ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย

ใบสมัครเป็นสมาชิก

Application form

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่งทางวิชาการ.....

Name -Last name.....อายุ.....ปี : เพศ หญิง ชาย

ที่อยู่ติดต่อดี.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์/โทรสาร.....เบอร์มือถือ.....

E-mail Address.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

หมายเลขใบประกอบวิชาชีพ.....

ความเชี่ยวชาญ

- Plastic Surgery Oral-Maxillo Surgery Orthodontics Dentistry Pediatrics
- Otolaryngology Speech-Language Audiology Psychology psychiatrist
- Nursing Social Work Prosthodontics Others (specify).....

ประเภทสมาชิก

- สมาชิกสามัญตลอดชีพ [Active Member]
- สมาชิกสมทบตลอดชีพ [Associate Member]

ค่าสมาชิก

2,000 บาท

2,000 บาท

การชำระเงิน

- เงินสด จำนวน 2,000 บาท
- โอนเงิน จำนวน 2,000 บาท เข้าบัญชี “สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย” บัญชีเลขที่ 631-0-11445-6 ธนาคารกรุงเทพ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงิน และใบสมัครมาที่อีเมล : รศ.พญ.นิรมล พัจจนสุนทร nirpat@kku.ac.th และ cc คุณสุธีรา ประดับวงษ์ อีเมล : psuter@kku.ac.th หรือโทรสาร 043-202558 attend “สมัครสมาชิกสมาคมฯ” เบอร์โทรสำนักงาน 043-363123 /043-363502

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ที่อยู่สำหรับส่งใบเสร็จรับเงิน ที่อยู่ติดต่อดี สถานที่ทำงาน

ท่านสามารถอ่านธรรมนูญของสมาคมฯ ได้ที่ <http://www.thaicleft.org/general.php>

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์มาที่สำนักงานของสมาคมฯ หรือตามที่อยู่ของฝ่ายทะเบียนและเหรียญกษาปณ์ของสมาคมฯ

ติดแสตมป์

กรุณาส่ง

รศ.พญ.นิรมล พัจจนสุนทร

(ฝ่ายทะเบียนและเหรียญกษาปณ์)

สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่หูหนวก และศีรษะแหว่งประเทศไทย

ศูนย์ตะวันฉาย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

123 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น

40002