

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เลขที่สมาชิก รวท. ....

เลขที่สมาชิก สกท. ....



รูปถ่าย

1 นิ้ว

## ใบสมัครสมาชิก

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (รวท.)

สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (สกท.)

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า  นพ.  พญ. .... นามสกุล ..... สกุลเดิม .....

ชื่อภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์) ..... นามสกุล .....

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....

ที่อยู่ 1. ที่ทำงาน (ระบุตำแหน่ง) .....

2. คลินิก .....

3. ที่บ้าน .....

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

สถานที่ที่ต้องการให้ติดต่อคือ  1  2  3

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

การศึกษาและคุณวุฒิ ..... พ.ศ. .... สถาบันฝึกอบรม

1. แพทยศาสตร์บัณฑิต .....

2. วุฒิบัตร (หรือ BOARD) สาขากุมารเวชศาสตร์ .....

หนังสืออนุมัติ สาขากุมารเวชศาสตร์ .....

3. คุณวุฒิอื่นๆ

3.1 .....

3.2 .....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่ง

ประเทศไทย ทุกประการ

ลงนามผู้สมัคร .....

( ..... )

การชำระ

- ค่าสมาชิก รวท. และ สกท. 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)  
(เป็นทั้งสมาชิก รวท. และ สกท.)

ได้ส่งเงินมาจำนวน ..... บาท ( ..... )

- โดยจ่ายเป็น  ฝากเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขานนเพชรบุรีตัดใหม่  
ชื่อบัญชี “ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ” เลขที่บัญชี 043-266210-1  
(กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน ซึ่งเป็นใบจริงที่พนักงานของธนาคารเป็นผู้เซ็นรับเงิน  
ไม่ใช่ภาพถ่ายเอกสาร มาด้วย)

การส่งใบสมัครสมาชิกให้ส่งโดยเจ้าหน้าที่ของถึง

เลขาธิการราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย  
อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 9  
เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย  
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง  
กรุงเทพมหานคร 10310

( สอบถามรายละเอียดที่สำนักงานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2716-6200-1 )