



ใบสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่สมาชิก.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

Name (Print).....Surname.....

วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....

ที่อยู่

บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....E-mail.....

งานปัจจุบัน

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน/หน่วยงาน.....

เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

ประวัติการศึกษาและการปฏิบัติงาน

สาขาวิชาชีพ.....เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

สถาบันการศึกษาที่จบ.....

ปริญญา/ประกาศนียบัตรที่ได้รับ.....(ปี พ.ศ.).....

ประสบการณ์การทำงาน

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

ลงชื่อ

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก

สมาชิกสามัญผู้รับรอง หมายเลขสมาชิก.....

ลงชื่อผู้รับรอง.....

อัตราค่าสมาชิก

สมาชิกประเภทตลอดชีพ (สามัญและวิสามัญ) ค่าลงทะเบียน 100 บาท + ค่าสมาชิกตลอดชีพ 2,000 บาท

สมาชิกกิตติมศักดิ์ ไม่ต้องเสียค่าบำรุงลงทะเบียน