

รับรองโดย

คณะกรรมการบริหาร ส.ส.ท.

 วันที่

รูปถ่าย

ปัจจุบัน

 **ใบสมัครสมาชิกตลอดชีพ**

 **สรีรวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย**

หมายเลขสมาชิก

1. ชื่อ-สกุล

**ค่าสมาชิกตลอดชีพ** 1,500 **บาท**

กรุณาโอนเข้า **บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช เลขที่** 016-4-16480-1

ชื่อบัญชี สรีรวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย

โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินทาง e-mail: pst.secretary@gmail.com หรือ
ทางไปรษณีย์:นายทะเบียน สรีรวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

 Name

2. ตำแหน่งทางวิชาการ

3. คุณวุฒิสูงสุด

4. ความเชี่ยวชาญ

5. วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี

6. ที่ทำงาน

 โทรศัพท์ โทรสาร

7. ที่อยู่อื่นที่ติดต่อได้

 โทรศัพท์ โทรสาร

8. E-mail

9. การติดต่อทางไปรษณีย์ ส่งไปที่ [ ] ที่ทำงาน (6) [ ] ที่อยู่อื่นที่ติดต่อได้ (7)

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้อง

ลงชื่อผู้สมัคร

 วันที่

**ค่าสมาชิกตลอดชีพ** 1,500 **บาท**

กรุณาโอนเข้า **บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช เลขที่** 016-4-16480-1

ชื่อบัญชี สรีรวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย

โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินทาง e-mail: pst.secretary@gmail.com หรือ
ทางไปรษณีย์:เลขาธิการ สรีรวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330