

**เฉพาะเจ้าหน้าที่สมาคมฯ**   
สมาชิกประเภท................เลขที่สมาชิก ................... ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่.................... เลขที่.................

**ใบสมัครสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์**

วันที่.................เดือน................พ.ศ.............

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์โดยรับรองว่าจะปฏิบัติตามกฎ ข้อบังคับและระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ

ขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้

๑. นาม (เขียนชื่อ, นามสกุล ให้ชัดเจน และลงคําหน้านามคือ นาย, นางหรือนางสาว หรือ ระบุตําแหน่งทางวิชาการ) ....................................................................................................................................

๒. เชื้อชาติ ........................................ สัญชาติ ................................ ศาสนา ...........................

๓. เกิดวันที่ ....................................... เดือน .......................................พ.ศ. ..........................................

๔. อาชีพ แพทย์ ใบอนุญาตที่ .............................. พยาบาล ใบอนุญาตที่ ......................................................

เภสัชกร ใบอนุญาตที่ ................................... อื่น ๆ /โปรดระบุ ..................................................

สถานที่ทํางาน ...........................................................................................................................  
....................................................................................................................................

โทรศัพท์ ....................................................................... โทรสาร .......................................................

๕. ที่อยู่ปัจจุบัน (ซึ่งจะติดต่อส่งจดหมายถึงได้)

บ้านเลขที่ ..................................... หมู่บ้าน .................................... ตรอก/ซอย .......................

ถนน ....................................... แขวง/ตําบล ................................ อําเภอ/เขต .........................จังหวัด ......................... รหัสไปรษณีย์ ...................... มือถือ .........................  
 e-mail address: .............................................................................................................................................

๖. ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

สมาชิกตลอดชีพ (สมาชิกตลอดชีพเสียค่าบํารุงครั้งเดียว 500 บาท)   
๗. ทราบ/ต้องการเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์จากแหล่งใด (ระบุ)  
 .....................................................................................................................................   
๘. ข้าพเจ้าบริจาคเงินเพิ่มเติมเพื่อเป็นทุนดําเนินงานของสมาคมนี้อีก…...........................บาท(…………….………..….……………………..)

๙. สิ่งที่ท่านคาดหวังจากการเป็นสมาชิกสมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์   
การอบรมวิชาการทางด้านเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทางการแพทย์

ลงชื่อ ผู้สมัคร

( )

ลงชื่อ................................................ผู้รับรอง ลงชื่อ…..........................................ผู้รับรอง

(รศ. นพ. ธันยชัย สุระ) (ผศ. พญ. อัจฉรา ธัญธีรธรรม)

สมาชิกสมาคมฯ เลขที่ ........................... สมาชิกสมาคมฯ เลขที่ ................................  
 (กรุณา กรอกรายละเอียดในการติดต่อกลับให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการแจ้งข่าวสารและกิจกรรมของสมาคมฯ แก่ ท่าน)  
**สํานักงาน: 148/856 ซอยรามคําแหง 190 แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร 10510**

**เอกสารประกอบการสมัคร**   
1. สําเนาบัตรประชาชน 1 ใบ (จําเป็นต้องมี)   
2. สําเนาปริญญาบัตร/ ประกาศนียบัตร/ ใบประกอบโรคศิลป์1 ใบ (สําหรับบุคลากรทางการแพทย์จําเป็นต้องมี)   
3. รูปถ่าย 1 นิ้ว จํานวน 1 ใบ

**การชําระเงินค่าสมัครสมาชิก โดยการ** : โอนเงิน/เช็คสั่งจ่าย ชื่อบัญชี สมาคมเวชพันธุศาสตร์และจีโนมิกส์ทาง  
การแพทย์ ฯ ผ่านธนาคาร กรุงเทพ สาขาอาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ รพ. รามาธิบดี เลขที่บัญชี 090-7-24224-2  
\*\* หมายเหตุ   
1. เมื่อโอนเงินเข้าบัญชีแล้ว กรุณาส่งหลักฐานการโอน มาที่ E-mail : pailin.nok2525@gmail.com หรือส่งแฟกซ์ใบ Pay In มาที่เบอร์ 02-201-1374

2. ใบสมัครพร้อมเอกสารแนบ ให้ส่งมาที่ E-mail: [pailin.nok2525@gmail.com](mailto:pailin.nok2525@gmail.com)

สิทธิพิเศษที่สมาชิกได้รับ : - การเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ฟรี (เฉพาะสมาชิกประเภทตลอดชีพที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น) สมาชิกประเภทสามัญ ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หากต้องการเข้าร่วมประชุม ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพิ่มเติม ตามที่สมาคมฯ กําหนด - การเข้าร่วมประชุมหรือกิจกรรมต่างๆ สําหรับประชาชน ฟรีทุกประเภทสมาชิก แต่ต้อง ลงทะเบียนล่วงหน้าตามเวลา ที่สมาคมฯ กําหนด