

สมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย)

สำนักงาน: ตึกจุลชีววิทยา ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ 0 2419 7306 โทรสาร 0 2412 4811



ทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

ใบสมัครสมาชิกสมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย)

วันที่.....

เรียน เลขาธิการสมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย)

คำนำหน้าชื่อ / ตำแหน่ง (ระบุ).....วุฒิการศึกษา.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ).....

อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ปัจจุบัน: บ้านเลขที่.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....email-address.....

** (สมาคมฯ จะจัดส่งข้อมูลข่าวสารให้ทาง e-mail address ที่ท่านได้แจ้งไว้ โปรดเขียนให้อ่านง่าย ให้ชัดเจน เพื่อความถูกต้องในการจัดส่งเอกสาร)**

สถานที่ทำงาน.....

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

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

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ โดยได้ส่งเงินมาเพื่อเป็นค่าสมัครสมาชิกสามัญตลอดชีพ 1,050 บาท (รวมค่าธรรมเนียม) โดยชำระเป็น เงินสด โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมไวรัสวิทยา (ประเทศไทย)

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา ศิริราช เลขที่บัญชี 016-243116-3

** โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงินมาที่โทรสาร 0 2412 4811 หรือ e-mail address : virology.a.t@gmail.com**

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯ ทุกประการ

ลงนาม.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงนาม.....ผู้รับรอง

(.....)

ลงนาม.....ผู้รับรอง

(.....)

(สำหรับกรรมการสมาคมฯ)

1. อนุมัติให้เป็นสมาชิกของสมาคมฯ ได้.....(นายกสมาคมฯ) วันที่.....

2. ได้รับเงินชำระเป็นค่าบำรุงสมาคมฯ ในปี พ.ศ.....เป็นเงิน.....บาท วันที่.....

3. รับเข้าเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ/กิตติมศักดิ์ ทะเบียนเลขที่.....

ลงนาม.....(นายทะเบียน)

วันที่.....