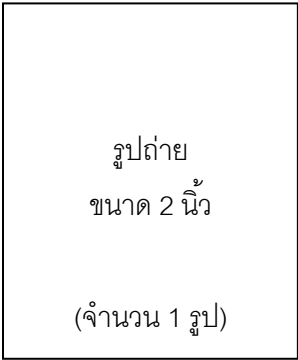




ใบสมัครเป็นสมาชิก  
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สมาชิก  สามัญ  ยุวสมาชิก  
 วิสามัญ  สมทบ



**ประวัติส่วนตัว**

ชื่อ (ภาษาไทย) นาย,นาง,นางสาว .....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์) .....

หมายเลขบัตรประชาชน ----

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี

สถานที่เกิด จังหวัด ..... ประเทศ .....

สถานภาพ  โสด  คู่  มีคู่  หย่า ชื่อคู่สมรส.....

เลขที่สมาชิก .....

**ประวัติการศึกษาและระยะเวลา**

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. .... จาก .....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้รับ  วุฒิบัตรฯ สถานที่ฝึกอบรม ..... ปีที่ได้รับ .....

สาขาที่ได้รับ .....

หนังสืออนุมัติฯ ปีที่ได้รับ .....

สาขาที่ได้รับ .....

อยู่ระหว่างการฝึกอบรมที่ .....

วุฒิอื่น ๆ .....

**ประวัติการปฏิบัติงานหลังจากสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต**

1) ..... พ.ศ. ....

2) ..... พ.ศ. ....

3) ..... พ.ศ. ....

4) ..... พ.ศ. ....

5) ..... พ.ศ. ....

ความรู้ความสามารถพิเศษ (นอกเหนือจากสาขาแพทย์) .....

1) .....

2) .....

เป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์อื่น ๆ .....

1) .....

2) .....

**สถานที่อยู่ปัจจุบัน**

บ้านเลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

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

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ (บ้าน).....มือถือ.....

โทรสาร ..... E-mail .....

**สถานที่ทำงาน** .....เลขที่ ..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

โทรสาร ..... E-mail .....

สถานที่ที่ต้องการให้ราชวิทยาลัยฯ ส่งจดหมายถึงท่าน [ ] ที่บ้าน [ ] ที่ทำงาน

**สมาชิกสามัญรับรอง 2 ท่าน คือ**

1) ชื่อ.....เลขที่สมาชิก.....ลงนาม.....

2) ชื่อ.....เลขที่สมาชิก.....ลงนาม.....

ลงนาม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อนุมัติให้รับเข้าเป็นสมาชิก

(.....)

เลขาธิการราชวิทยาลัยฯ

วันที่.....

**เอกสารประกอบการสมัคร**

1. รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป
2. สำเนาบัตรประชาชน 1 ชุด (ลงนามสำเนาถูกต้อง)
3. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ชุด (ลงนามสำเนาถูกต้อง)

**ประเภทสมาชิก**

- 1) ค่าบำรุงสมาชิกสามัญ คนละ 3,000 บาท
- 2) ค่ายุวมหาชิก (ปีละ 300 บาท)
  - แพทย์ประจำบ้าน 3 ปี รวม 900 บาท
  - แพทย์ใช้ทุน 4 ปี รวม 1,200 บาท
- 3) ค่าสมาชิกวิสามัญรายปี คนละ 500 บาท
- 4) ค่าสมาชิกสมทบรายปี
  - คนไทย 500 บาท
  - ต่างชาติ 2,500 บาท

**การชำระเงิน**

เงินโอน  เช็ค

**ในนาม**

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย  
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 041-1-28592-0  
ธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่

**\*\* ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือที่ทำงาน โปรดกรุณาแจ้งให้ราชวิทยาลัยฯ ทราบทันที**