|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **F:\PTAT\2017\Letter head_Logo PTAT 2017.png** | ทะเบียนเลขที่ | .............................. |
| Registration No. |
| **ใบสมัครสมาชิก** สมาคมปรสิตวิทยาและอายุรศาสตร์เขตร้อนแห่งประเทศไทย **Application Form**  **Parasitology and Tropical Medicine Association of Thailand** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้าพเจ้า ชื่อ (ภาษาไทย) . | | | นามสกุล . | |
| Name in English (First name) . | | | (Family name) . | |
| คำนำหน้าชื่อ / Title | . | | | |
| วันเกิด / Birthday | / / . อายุ / Age . | | | |
| สัญชาติ / Nationality | . | อาชีพ / Occupation | | . |
| ที่ทำงาน / Affiliation | ตำแหน่ง / Position . | | | |
| ที่อยู่ / Address .  .  . | | | |
| โทรศัพท์ / Phone | มือถือ / Mobile . บ้าน / Home . | | | |
| อีเมล์ / Email | . | | | |
| ที่อยู่ / Home address | ที่อยู่ / Address .  .  .  . | | | |

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมปรสิตวิทยาและอายุรศาสตร์เขตร้อนแห่งประเทศไทย (ส.ป.อ.ท.) โดยยินดีที่จะชำระค่าบำรุงตลอดชีพจำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

I would like to apply for the Parasitology and Tropical Medicine Association of Thailand (PTAT) and am willing to pay 1,000 THB (One thousand baht only).

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับทราบและจะปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคม

I certify that I am aware of the PTAT Constitution and willing to comply with it.

ลงชื่อ / Signature .

(……………………………………………)

วันที่ / Date ……..…………………….……………

**การชำระเงิน**

ผู้สมัครสามารถชำระเงินค่าธรรมเนียมสมาชิก จำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ผ่าน ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ชื่อบัญชี สมาคมปรสิตวิทยาและอายุรศาสตร์เขตร้อนแห่งประเทศไทยเลขที่บัญชี 254 2 02092 4

สมาคมฯ จะจัดส่งใบสำคัญการรับเงินให้ตามที่อยู่ที่ให้ไว้ เมื่อได้รับสำเนา Pay-in slip จากผู้สมัครแล้ว

**เฉพาะเจ้าหน้าที่:**

ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้ ขอรับรองว่าตามที่ ………………………………………………………………………………………………………

ได้เขียนไว้ข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ สมควรนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเพื่อพิจารณารับเป็นสมาชิกได้

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

(…………………………………………………….)

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

(…………………………………………………….)

## หมายเหตุ. ผู้รับรองเป็นสมาชิกของสมาคมนี้

**เฉพาะนายทะเบียน:**

* นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ .......................... วันที่ .............................................
* ผู้สมัครชำระเงินค่าบำรุงแล้ว ตามใบสำคัญการรับเงินที่ ................................................................  
  ลงวันที่ .....................................................
* ได้บันทึกชื่อไว้ในระบบทะเบียนสมาชิกแล้ว เมื่อวันที่ ...................................................................

ลงชื่อ ........................................................................

(สพญ.มนทกานติ์ จิระธันห์)

นายทะเบียน