



สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

Sleep Society of Thailand

สำนักงานเลขานุการ: ศูนย์นันทราเวช อาคารผู้ป่วยในพิเศษ 14 ชั้น ชั้น 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Tel. (662) 649 4038 ต่อ 94038, Fax (662) 200 3761, E-mail: tasm.sleep@gmail.com

ใบสมัครสมาชิกสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

ชื่อ-สกุล (ไทย).....

ชื่อ - สกุล (อังกฤษ).....

อายุ.....ปี เพศ..... วัน/เดือน/ปี เกิด/...../.....

บัตรประชาชนเลขที่.....

อาชีพ* แพทย์ (ระบุสาขาเฉพาะทาง).....เลขที่ ว.....

นักวิทยาศาสตร์

พยาบาล

อื่นๆ (ระบุ).....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....จากสถาบัน.....พ.ศ.(จบการศึกษา).....

สถานที่ทำงาน.....

ตำแหน่งทางวิชาการ..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ที่อยู่ทำงาน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....

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

ที่อยู่สำหรับส่งเอกสาร เหมือนด้านบน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....

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

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อได้

ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น..... E-mail.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับใบสมัครวันที่.....

หลักฐานการชำระเงิน.....

อนุมัติเข้าเป็นสมาชิกวันที่.....

.....

(เลขานุการสมาคมฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

อัตราค่าสมัคร

- แพทย์ 1,000.- บาท สมาชิกสามัญตลอดชีพ
- ทันตแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และ อื่นๆ 500.- บาท สมาชิกวิสามัญตลอดชีพ

วิธีการชำระเงิน

- โอนเงินเข้า บัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย
ธนาคารกรุงเทพ สาขาสวนจตุจักร เลขที่บัญชี 209 304 0000

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

1. สมาชิกจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากสมาคม
2. ในการจัดอบรมหรือประชุมวิชาการ สมาชิกจะได้รับส่วนลดพิเศษ

วิธีการสมัคร

1. ส่งเอกสารลงทะเบียนพร้อมสแกนหลักฐานการโอนเงิน มายัง E-mail: sleepsst@gmail.com
2. หรือส่งเอกสารการสมัครพร้อมหลักฐานการชำระเงิน ทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียน EMS มายัง
ที่อยู่จัดส่ง:

สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

คุณชนภรณ์ รัตนทากุล โทร. 096-712 0005

ศูนย์นิทรรศการอาคารผู้ป่วยพิเศษ 14 ชั้น ชั้น 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1873ราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หมายเหตุ: นับจากวันที่ท่านส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ภายใน 3-5 วันทำการ หากยังไม่ได้รับการ confirm จากเจ้าหน้าที่สมาคมฯ กรุณาติดต่อ คุณชนภรณ์ (เลขาสมาคมฯ) โทร.096-712 0005, 062-436 3887