



ใบสมัครสมาชิกสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย

www.thaiortho.org

ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) _____ เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ _____

(ภาษาอังกฤษ) _____

เพศ _____ เกิดวันที่ ____/____/____ อายุ ____ ปี Email Address _____

Facebook Name _____

ที่อยู่ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

ที่ทำงาน _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

สถานที่ต้องการให้ติดต่อกลับ ที่อยู่ ที่ทำงาน

คุณวุฒิที่เคยได้รับ (ตัวย่อ)

คุณวุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาปี พ.ศ.	สถานศึกษา

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทยในฐานะ

สมาชิกสมทบ โดยชำระค่าสมัครสมาชิก ประกอบด้วยค่าลงทะเบียนแรกเข้า 1,000 บาท และค่าบำรุงสมาชิกรายปี 500 บาท
รวมทั้งสิ้น **1,500 บาท** ซึ่งต่อไปท่านจะสามารถต่ออายุสมาชิกได้ โดยชำระค่าบำรุงสมาชิก 500 บาท/ปี
หรือ ชำระค่าบำรุงประจำปีล่วงหน้า _____ ปี รวมทั้งสิ้น _____ บาท สำหรับการเป็นสมาชิกปี พ.ศ. _____ ถึง _____

สมาชิกนักศึกษา โดยชำระค่าสมัครสมาชิก ประกอบด้วยค่าลงทะเบียนแรกเข้า 500 บาท
และค่าบำรุงสมาชิก ปีละ 500 บาท เป็นเวลา 3 ปี (1,500) รวมทั้งสิ้น **2,000 บาท** (ต่ออายุ 500 บาท/ปี)
ระบุสถาบันที่ศึกษา _____ หลักสูตร _____ ปีที่เข้าศึกษา _____

สมาชิกสามัญตลอดชีพ โดยชำระค่าบำรุงสมาชิกตลอดชีพ **5,000 บาท**
ชำระค่าสมัครสมาชิกโดย **เช็คของขวัญหรือเช็คส่วนตัว** สั่งจ่าย “ **สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย** ”
ส่งมาที่ **ทพ.รัตติยา จั้วเจริญ** กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี ถ.พญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400 โทร. 08-1807-3664

หมายเหตุ หลักฐานที่ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิกสามัญคือ (สำเนาเอกสารให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องด้วย)

1. สำเนาใบปริญญา หรือ ประกาศนียบัตรการอบรมทางวิชาทันตกรรมจัดฟันจากมหาวิทยาลัยที่ ทันตแพทย์สภาแห่งประเทศไทยและสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทยรับรองโดยมีหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 3 ปี และสมาคมจัดฟันของประเทศไทยที่สำเร็จการศึกษารับรองหลักสูตร
2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ติดรูปที่มุมขวาบน และแนบรูปมา 1 ใบ)
3. สำเนาใบ transcript

*****สมาชิกนักศึกษาที่มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสามัญ จะต้องไม่มีการค้างชำระค่าบำรุงประจำปี*****

การสมัครสมาชิกทุกประเภทจะต้องมีลายเซ็นรับรองการสมัครของสมาชิกสามัญ 2 ท่าน คือ

ชื่อ-นามสกุล _____ ลายเซ็น _____

ชื่อ-นามสกุล _____ ลายเซ็น _____

ลายเซ็นผู้สมัคร _____

วันที่ _____