



ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย

ในพระบรมราชูปถัมภ์

ใบสมัครเป็นสมาชิก

รูปถ่าย
1 นิ้ว

กรุณาเขียนด้วยลายมือตัวบรรจง

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ทพ. ทญ. ยศ วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม เลข ท. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ----

สำเร็จการศึกษาจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์ มหิดล เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา มศว ธรรมศาสตร์ นเรศวร รังสิต

อื่นๆ รุ่นที่ ปี พ.ศ.

ที่อยู่ที่บ้าน บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทร. มือถือ แฟกซ์

ที่ทำงาน

โทร. มือถือ แฟกซ์

e-mail

สถานที่ติดต่อ ที่บ้าน ที่ทำงาน

(ข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ)

NAME SURNAME

ADDRESS (HOME)

TEL. MOBILE. FAX.

(OFFICE)

TEL. MOBILE. FAX.

ขอสมัครเป็นสมาชิกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

สมัครสมาชิกตลอดชีพ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก 200 บาท + ค่าบำรุงจ่ายครั้งเดียว 5,000 บาท รวม 5,200 บาท

สมัครสมาชิกสามัญ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก 200 บาท + ค่าบำรุงปีละ 400 บาท รวม 600 บาท

สมาชิกสามัญ จ่ายค่าบำรุงรายปี ๆ ละ 400 บาท

รวมเป็นเงิน บาท

การรับหนังสือ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านต้องการ)

1. ข่าวสารทันตแพทย์ รับทาง e-mail รับเป็นหนังสือ

2. THAIDENTAL MAGAZINE รับทาง e-mail รับเป็นหนังสือ

3. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ รับทาง e-mail หรือ ติดตามอ่านได้ที่

<http://www.jdat.org/dentaljournal>

ลงชื่อ ผู้สมัคร

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(.....) ตัวบรรจง

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกทันตแพทยสมาคมฯ

การชำระเงิน

- เช็ค สั่งจ่าย “ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ”
- ธนาณัติ สั่งจ่าย “ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ”
ธนาณัติจ่ายเงิน ปลายทาง “ปณ. ลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10310”
- โอนเงินผ่าน ธ.กรุงศรีอยุธยา
ชื่อบัญชี ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ
เลขที่บัญชี 034-0-04314-7
หมายเหตุ: 1. ขอรับใบรับชำระเงิน (Bill Payment Slip) จาก ธ.กรุงศรีอยุธยา
(หรือใช้ Slip Bank ที่ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ส่งให้)
2. กรอกข้อมูลของท่าน โดย Ref.1/ท ----> คือ เลขใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม
ทุกท่านจำเป็นต้องกรอกเลขนี้ เนื่องจากเป็นเลขหลักในการ เก็บข้อมูลการโอนเงินของท่าน
- ชำระด้วยบัตรเครดิต Online ผ่าน Website www.thaidental.net

สมัครสมาชิก **ตลอดชีพ** รูปถ่าย 1 นิ้ว 3 ใบ

สมัครสมาชิก **รายปี** รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 ใบ

(กรุณาติดรูปถ่ายในใบสมัครด้วย)

หมายเหตุ: กรุณาเขียน เลขใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม และชื่อ-นามสกุล ของท่าน
ด้านหลังรูปถ่ายทุกใบ