

**ใบสมัครสมาชิกสมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ**

ชื่อ………………………………………….….สกุล………………………………………………………..……...….

Name…………………………………………Surname……………………………………………………......……

วัน/เดือน/ปี เกิด.................................................................. เพศ 🞏 หญิง 🞎 ชาย

เลขที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.............................................ตำแหน่ง หรือยศ.....................................................สถานที่ทำงาน..............................................................................ถนน.............................................................

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

จังหวัด................................................................ รหัสไปรษณีย์........................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .................................หมู่บ้าน.........................................ซอย..............................................

ถนน.......................................................แขวง/ตำบล.......................................................................................

เขต/อำเภอ..........................................จังหวัด......................................... รหัสไปรษณีย์....................................

โทรศัพท์ที่ทำงาน............................................................โทรศัพท์มือถือ............................................................

โทรสาร.................................... E-mail……………………………………Line ID…………………………......….

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิตจาก......................................................................พ.ศ.............................................

ได้รับ 🞏 วุฒิบัตร 🞏 อนุมัติบัตร 🞏ปริญญาหรือประกาศนียบัตร

 สาขาวิชา.................................................สถาบัน..............................................ปี พ.ศ.........................

 สาขาวิชา.................................................สถาบัน..............................................ปี พ.ศ.........................

 สาขาวิชา.................................................สถาบัน..............................................ปี พ.ศ.........................

ขณะนี้ปฏิบัติหน้าที่ในสาขาวิชาหลักคือ

 🞏 กุมารแพทย์ทั่วไป 🞎 กุมารแพทย์ทางเดินอาหารและตับ

 🞏 กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขา...............................................🞎 แพทย์สาขา.....................................

 🞏 พยาบาล 🞎 อื่นๆ .......................................................

สถานที่ที่ต้องการให้ส่งเอกสาร 🞏 ที่ทำงาน 🞎 ที่บ้าน

สมัครสมาชิก ประเภทสามัญ 🞎 ตลอดชีพ 1,000 บาท 🞏 รายปี 500 บาท

สมัครสมาชิก ประเภทวิสามัญ 🞎 ตลอดชีพ 1,000 บาท 🞏 รายปี 500 บาท

ประเภทกิตติมศักดิ์ 🞎 ไม่เสียค่าสมัคร

วิธีการชำระเงิน

🞎 เงินสด (ชำระด้วยตนเอง)

 🞏 โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ

 ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-470206-2

 ลงชื่อผู้สมัคร ……………………………............…………..

 วันที่ ….......… เดือน …………………. พ.ศ. ….......…….

**หมายเหตุ** กรุณาส่งใบสมัครพร้อมเอกสารการชำระเงิน ไปที่สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ

 E-mail: githaigastro@gmail.com โทรศัพท์ 02-201-1446 โทรสาร 02-201-1850

..................................................................................................................................................................

สำหรับนายทะเบียน

 ได้ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครแล้ว ผู้สมัครสามารถสมัครสมาชิกประเภท

 🞎 สามัญ 🞎 ตลอดชีพ 🞏 รายปี

 🞎 วิสามัญ 🞎 ตลอดชีพ 🞏 รายปี

 🞎 กิตติมศักดิ์

 ...........................................

 (รศ.(พิเศษ) นพ.ภิเษก ยิ้มแย้ม)

 นายทะเบียน

**สิทธิประโยชน์ของสมาชิกสมาคมฯ**

1. ได้รับส่วนลดค่าลงทะเบียนการประชุมวิชาการของสมาคมฯ เช่น การประชุม Ped GI day, GI สัญจร ฯลฯ
2. ส่วนลดในการซื้อหนังสือของสมาคมฯ ร้อยละ 10 จากราคาปกติ(เฉพาะผู้ที่เป็นสมาชิกสมาคมฯ เท่านั้น)
3. ได้รับทราบข่าวสารการประชุมวิชาการต่างๆ ของสมาคมฯ
4. Download หนังสือของสมาคมฯ (เฉพาะเล่มจริงที่จำหน่ายหมดแล้ว) และบทความทางวิชาการต่างๆ
5. สิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่ทางสมาคมฯ จะจัดให้มีขึ้น