



สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย

ที่อยู่ติดต่อชั่วคราว: ตู้ ปณ.1023 ปณฝ.ศิริราช กทม. 10702 โทร. 092-326-3593

ใบสมัครสมาชิก

วันที่.....

ชื่อ.....วุฒิการศึกษา.....

วิชาเอก.....สถานศึกษา.....

ตำแหน่ง / ชั้น / ยศ.....

ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

บ้าน.....

โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....e-mail address :.....

สถานที่ที่ต้องการให้ติดต่อ () ที่ทำงาน () บ้าน

ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมประเภท

- () สามัญตลอดชีพ 4,000.- (สี่พันบาท)
- () สามัญรายปี 400.- / ปี (สี่ร้อยบาท) (สิทธิการเป็นสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 63 -31 ธ.ค. 63)
- () วิสามัญ 200.- / ปี (สองร้อยบาท) (สิทธิการเป็นสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 63 -31 ธ.ค. 63)
- () โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 026-4-48975-3 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ

ส่งใบสมัครสมาชิก + หลักฐานการโอนเงิน มาวันที่.....

ส่งมาที่ : อ.เนตรา บัวกนก

สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย ตู้ ปณ. 1023 ปณฝ. ศิริราช กทม.10702

หรือ ส่งทาง e-mail ที่ : buakanoknetra@gmail.com

บริจาคเงินบำรุงสมาคมฯ.....บาท.. (.....)

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎข้อบังคับของสมาคมฯ ทุกประการ หากข้าพเจ้ากระทำการใดๆ ที่เป็นการเสื่อมเสียต่อวิชาชีพ หรือฝ่าฝืนกฎข้อบังคับของสมาคมฯ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมพ้นสภาพการเป็นสมาชิก ตามมติของกรรมการบริหารสมาคมฯ ทั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร