สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย

ที่อยู่ติดต่อ :102/3 ซ.ริมทางรถไฟบางซื่อ แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10220

ใบสมัครสมาชิก

วันที่..

ชื่อ-สกุล...

วุฒิการศึกษาด้านความผิดปกติของการสื่อความหมาย วิชาเอก..

ป.ตรี รุ่นที่......................

ป.โท ปีที่จบการศึกษา.............................. สถานศึกษา..

ป.เอก ปีที่จบการศึกษา.............................. สถานศึกษา..

ตำแหน่ง / ชั้น / ยศ..

ที่ทำงาน..

....โทรศัพท์...

บ้าน..

....โทรศัพท์...

โทรศัพท์มือถือ................................ID Line...............................e-mail address :...

สถานที่ที่ต้องการให้ติดต่อ ( ) ที่ทำงาน ( ) บ้าน

ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมประเภท

( ) สามัญตลอดชีพ 4,000.- (สี่พันบาท)

( ) สามัญรายปี 400.- / ปี (สี่ร้อยบาท) (สิทธิการเป็นสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 65 –31 ธ.ค. 65)

( ) วิสามัญ 200.- / ปี (สองร้อยบาท) (สิทธิการเป็นสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 65–31 ธ.ค. 65)

( ) โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ เลขที่ **026-4-48975-3** ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี

ส่งใบสมัครสมาชิก + หลักฐานการโอนเงิน มาวันที่..

ส่งมาที่ : 102/3 ซ.ริมทางรถไฟบางซื่อ แขวงบางซื่อ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10220

หรือส่งทาง e-mail ที่ : thaisha2022@gmail.com

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

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎข้อบังคับของสมาคมฯ ทุกประการ หากข้าพเจ้ากระทำการใดๆ ที่เป็นการเสื่อมเสียต่อวิชาชีพ หรือฝ่าฝืนกฎข้อบังคับของสมาคมฯ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมพ้นสภาพการเป็นสมาชิก ตามมติของกรรมการบริหารสมาคมฯ ทันที

ลงชื่อ...ผู้สมัคร