



ใบสมัครสมาชิกวิสามัญวิทยาลัยแพทยฉุกเฉินแห่งประเทศไทย

หมายเลขสมาชิก

สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 พ.ศ. 2559

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม

รูปถ่าย 1 นิ้ว	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด/...../..... อายุ..... ปี														
ชื่อ		นามสกุล					สกุลเดิม								

นามเต็ม (พร้อมยศ , ตำแหน่งทางวิชาการ , อธิปไตย)

จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก สถาบัน พ.ศ.

ที่อยู่ทำงาน รัฐบาล เอกชน โปรดระบุที่อยู่

โทรศัพท์ทำงาน โทรสาร

ที่อยู่บ้าน

โทรศัพท์บ้าน โทรสาร มือถือ

E-mail ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้าน ที่ทำงาน

ประวัติการทำงาน (เรียงจากปัจจุบัน - อดีต)

ตั้งแต่ - ถึง	สถานที่ปฏิบัติงานหรือสถาบันฝึกอบรม	สังกัดสาขาวิชา	สถานภาพ (พบ./เฟลโลว์/แพทย์ใช้ทุน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะได้

เลขที่ 315 อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี กำลังเอก ชั้น 7 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑ 10400 โทร . 02-763-3453 , โทรสาร 02-763-3453 086-814-7253 น.ส.เบญจมาศ ดีขามป้อม	ลงชื่อ..... (.....) วันที่//
--	--

หลักฐานการสมัคร

- รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
- หนังสือรับรองจากสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
- ค่าสมัครสมาชิก 5,000 บาท แบ่งชำระทั้งสิ้น 2 ครั้ง ดังนี้
 - ครั้งที่ 1 ชำระพร้อมสมัครเรียนแพทย์ประจำบ้าน ชั้นที่ 1 จำนวน 500 บาท
 - ครั้งที่ 2 ชำระพร้อมสมัครสอบแพทย์ประจำบ้าน ชั้นที่ 2 จำนวน 4,500 บาท

ที่ประชุมมีมติให้เป็นสมาชิก กิตติมศักดิ์ สามัญ วิสามัญ

ในการประชุมกรรมการบริหารวิทยาลัยแพทยฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ครั้งที่ วันที่/...../.....