



เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิก สมาคมอัลตราซาวด์ทางการแพทย์แห่งประเทศไทย

ชื่อ-นามสกุล (นพ., พญ.).....

Name – Last name.....

สาขาวิชา.....สถาบัน.....

Resident of.....

ใบอนุญาตประกอบโรคเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

E-mail Address.....เบอร์โทรศัพท์.....

ต้องการรับทราบข่าวสารของสมาคมฯ โดย ที่บ้าน ที่ทำงาน e-mail

ค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพ 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน)

รายละเอียดการชำระค่าสมัครสมาชิก จำนวนเงิน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี สมาคมอัลตราซาวด์ทางการแพทย์แห่งประเทศไทย

เลขที่บัญชี 016-447970-1

หากท่านชำระค่าสมัครสมาชิกแล้ว รบกวนส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมใบสมัครมาที่

E-mail: mustthailand@gmail.com หรือ registration@must.or.th

ลงชื่อผู้สมัคร.....

สมัคร ณ วันที่.....