



เลขที่สมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิก
สมาคมอัลตราซาวด์ทางการแพทย์แห่งประเทศไทย

ชื่อ-นามสกุล (นพ., พญ.).....

Name – Last name.....

สาขาวิชา.....สถาบัน.....

Resident of.....

ใบอนุญาตประกอบโรคเวชกรรม เลขที่.....

ที่ทำงาน.....

.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....

.....

E-mail Address.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ต้องการรับทราบข่าวสารของสมาคมฯ โดย ที่บ้าน ที่ทำงาน e-mail

สมัครสมาชิกตลอดชีพ 2,000.00 บาท (สองพันบาทถ้วน)

ลงชื่อผู้สมัคร.....

สมัคร ณ วันที่.....