



ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย  
และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย



สำนักงานเลขาธิการ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 10 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กทม. 10320 โทร.716-6808 โทรสาร 716-6809

ใบสมัครสมาชิกราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

รูปถ่าย 1 นิ้ว

ประเภท  สมาชิกสามัญ  สมาชิกวิสามัญ

- ชื่อ ..... นามสกุล .....
- วัน เดือน ปี เกิด ..... อายุ..... ปี
- วุฒิการศึกษาสูงสุด ..... สถาบันการศึกษา.....  
ปีที่จบการศึกษา.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
- ที่อยู่ (บ้าน)  
.....  
.....  
โทรศัพท์มือถือ..... Email .....
- ที่อยู่ (ที่ทำงาน)  
.....  
.....  
โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อความทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
วันที่สมัคร .....

ผู้รับรอง.....  
( ..... )

ผู้รับรอง.....  
( ..... )

**หมายเหตุ** กรุณาแนบรูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป , ผู้รับรองคือสมาชิกสามัญราชวิทยาลัยฯ 2 คน , กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ความเห็นของคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ  เห็นสมควรให้เป็นสมาชิก  ไม่เห็นสมควรให้เป็นสมาชิก

ลงชื่อ ..... กรรมการ (1)      ลงชื่อ ..... กรรมการ (2)  
( ..... )      ( ..... )  
วันที่รับรอง .....      วันที่รับรอง .....