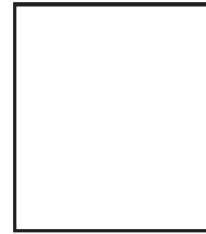


ใบสมัครสมาชิก

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์



ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล

สถานศึกษา วุฒิการศึกษา

ปีจบการศึกษา พ.ศ.

ที่ทำงาน

โทรศัพท์ โทรสาร

ที่อยู่บ้าน

โทรศัพท์ โทรสาร

โทรศัพท์มือถือ E-mail :

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิก สมาชิกสามัญตลอดชีพ 1100 บาท

อนุสมาชิก 50 บาท

กำลังศึกษาชั้นปีที่

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ตั้งแต่ วันที่ และข้าพเจ้าได้ชำระ

ค่าบำรุงสมาชิก จำนวนเงินบาท โดย

- เงินสด
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
- สาขาถนนศรีอยุธยา เลขที่ 013-1-13497-3
- ธนาณัติ เลขที่ ปณฝ.สันติสุข
- เช็คธนาคาร เลขที่

เช็คและธนาณัติ สั่งจ่ายในนาม “เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์” พร้อมกันนี้ได้ส่งรูปถ่ายขนาด

1 นิ้ว จำนวน 2 ใบ เพื่อทำบัตรประจำตัวสมาชิก โดยส่งให้เอกสารข้าพเจ้า

ที่บ้าน ที่ทำงาน

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ / /

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับรอง

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับรอง

กรุณาส่ง

ติด
แสตมป์
3 บาท

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

เลขที่ 40 ซอยสุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท พระโขนง คลองเตย กรุงเทพฯ 10110

โทร 0-2391-6243, 0-2712-1627-8 โทรสาร 0-2390-1987

www.thaipharma.net e-mail: pharmathai2000@yahoo.com