



ใบสมัครสมาชิก สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ทพ. ทพญ. ยศ. อื่นๆ

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) อายุ ปี

สำเร็จการศึกษาจาก รุ่นที่

ปี พ.ศ. ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม เลขที่ ก.

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทร.

มือถือ e-mail

ที่ทำงาน

.....

.....

รหัสไปรษณีย์ โทร. แฟกซ์

สถานที่ติดต่อสะดวก ที่บ้าน ที่ทำงาน

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย

ตลอดชีพ จำนวนเงิน 4,000 บาท

โดยชำระเป็น

เงินสด

เช็คสั่งจ่าย “สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย”

ธนาคาร สาขา เลขที่ วันที่

โอนเงินเข้าบัญชี **ออมทรัพย์** ธนาคาร **กรุงเทพ** สาขา **ถนนเพชรบุรีตัดใหม่**

ชื่อบัญชี “สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย” เลขที่ 153-4-14098-1

ส่งใบสมัคร พร้อมสำเนาใบโอนเงิน มาที่

สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย

1939 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ

เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

หรือ แฟกซ์ 02-7180708

ลงชื่อ

(.....)

(ผู้สมัคร)



facebook.com / tadi.or.th



www.tadi.or.th



info@tadi.or.th