**ใบสมัครสมาชิก**

**ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย**

------------------------------------------

วันที่ ............เดือน..........................พ.ศ. ...............

ข้าพเจ้า (ตัวบรรจง) คำนำหน้า..........ชื่อ (ไทย) ...................................... นามสกุล (ไทย) ..............................

 (อังกฤษ) .................................................. นามสกุล (อังกฤษ)........................................

วัน เดือน ปีเกิด ............................สถานภาพ................................เบอร์โทรศัพท์......................................

อีเมล ............................................................................................

ที่ทำงานปัจจุบัน .........................................................................................................................................

 ................................................................. .......................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน .........................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................

วุฒิการศึกษาทางการแพทย์

1. .............................................. จากสถาบัน ............................................. ออกให้ ณ วันที่ .........................
2. .............................................. จากสถาบัน ............................................. ออกให้ ณ วันที่ .........................
3. .............................................. จากสถาบัน ............................................. ออกให้ ณ วันที่ .........................

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ........................................................ ออกให้ ณ วันที่ ............................................

วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา .......................................................... ออกให้ ณ วันที่ ............................................

สถานที่สะดวกในการติดต่อ □ บ้าน □ ที่ทำงาน

*(ถ้าท่านเป็นแพทย์ประจำบ้าน)* ปัจจุบันเป็นแพทย์ประจำบ้าน □ ปีที่ 1 □ ปีที่ 2 □ ปีที่ 3

สถาบันฝึกอบรม ..................................................................................................................................

ที่ทำงานเมื่อจบการฝึกอบรมแล้ว ....................................................................................................................

โรงพยาบาล ................................................... จังหวัด ...............................

สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ ....................................................................................................................

 ....................................................................................................................

 ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

 ลงชื่อ ...............................................................

 (..............................................................)

*(สำหรับเจ้าหน้าที่)* ตรวจสอบแล้ว มีคุณสมบัติเป็น □ สมาชิกสามัญ □ สมาชิกวิสามัญ

รับสมัครโดย ....................................................................วันที่รับสมัคร ..............................................................เลขที่ใบเสร็จรับเงิน .............................................................................................................

**การสมัคร** ค่าสมัครจำนวน 1,000 บาท โอนเงินผ่าน “ธนาคารไทยพาณิชย์” ชื่อบัญชี “ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย” เลขที่ 045-242444-4 สาขาสภากาชาดไทย และส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินที่ anesththai.rcat@gmail.com สำนักงานเลขาธิการราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย