



ใบสมัครสมาชิกสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

หมายเลขสมาชิก

เลขที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

รูปถ่าย 1 นิ้ว	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	- - - - - - - - - - - - - - - -											
	<input type="radio"/> นายแพทย์ <input type="radio"/> แพทย์หญิง วัน/เดือน/ปี เกิด / / อายุ ปี												
	ชื่อ	นามสกุล					สกุลเดิม						
ชื่อภาษาอังกฤษ													

นามเต็ม (พร้อมยศ, ตำแหน่งทางวิชาการ, อธิบาย)

จบแพทยศาสตรบัณฑิตจาก	<input type="radio"/> ว.อายุรศาสตร์ <input type="radio"/> อว.อายุรศาสตร์
----------------------	--

สถาบัน พ.ศ.....

จบแพทย์ประจำบ้านประสาทวิทยาหรือต่อยอดประสาทวิทยาจาก	<input type="radio"/> ว.ประสาทวิทยา <input type="radio"/> อว.ประสาทวิทยา
---	--

สถาบัน พ.ศ.....

จบแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจาก	ประสาทวิทยานุสาขา.....
---------------------------	------------------------

สถาบัน พ.ศ..... สถาบัน..... พ.ศ.....

ที่อยู่ทำงาน

Office Address

โทรศัพท์	โทรสาร
----------	--------

ที่อยู่คลินิก

Clinical Address

โทรศัพท์	โทรสาร
----------	--------

ที่อยู่บ้าน

Home Address

โทรศัพท์	โทรสาร	มือถือ
----------	--------	--------

E - mail	ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก <input type="radio"/> บ้าน <input type="radio"/> ที่ทำงาน <input type="radio"/> คลินิก
----------	--

ประวัติการทำงาน (เรียงจากปัจจุบัน - อดีต)

ตั้งแต่ / ถึง	สถานที่ปฏิบัติงานหรือสถาบันฝึกอบรม	สังกัดสาขาวิชา	สถานภาพ (พบ./เฟลโลว์ / แพทย์ใช้ทุน) หรืออื่น ๆ โปรดระบุ

ตำแหน่งหน้าที่ในอดีต

สาขาวิชาที่เกี่ยวข้องตามเป็นพิเศษ

สาขาที่เกี่ยวข้องตามรองลงไป

ผลงานระดับประเทศที่สำคัญ, รางวัล, เกียรติยศ

หัวข้อที่สนใจ และกิจกรรมพิเศษ

ท่านต้องการสมัครสมาชิกชมรมของภายใต้สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย ดังนี้

- 1. ชมรมโรคพาร์กินสันไทย
- 2. ชมรมศึกษาโรคปวดศีรษะ
- 3. ชมรมโรคเส้นประสาทร่วมกล้ามเนื้อและเวชศาสตร์ไฟฟ้าวินิจฉัยแห่งประเทศไทย
- 4. ชมรม Multiple Sclerosis

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10320 โทร.0-2718-1649-51, 0-2716-6744 โทรสาร.0-2718-1652	ลงชื่อ (.....) วันที่ / /
--	---

หลักฐานการสมัคร

- รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป
- สำเนาบัตรหรือหนังสืออนุมัติถ้ามี
- ค่าสมัครสมาชิก 2,000 บาท (ตลอดชีพ)

เจ้าหน้าที่

ที่ประชุมมีมติให้เป็นสมาชิก <input type="radio"/> กิตติมศักดิ์ <input type="radio"/> สามัญ <input type="radio"/> วิสามัญ สมาชิกเลขที่.....
ในการประชุมกรรมการบริหารสมาคมประสาทวิทยา ครั้งที่ วันที่ / /