

**ใบสมัครสมาชิกสมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ**

ชื่อ………………………………………….….สกุล………………………………………………………..……...….

Name…………………………………………Surname……………………………………………………......……

วัน/เดือน/ปี เกิด.................................................................. เพศ □ หญิง ◻ ชาย

เลขที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.............................................ตำแหน่ง หรือยศ.....................................................สถานที่ทำงาน............................................................................. ถนน.............................................................แขวง/ตำบล.........................................................เขต/อำเภอ.........จังหวัด................................................................ รหัสไปรษณีย์........................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .................................หมู่บ้าน.........................................ซอย..............................................

ถนน.......................................................แขวง/ตำบล.......................................................................................

เขต/อำเภอ..........................................จังหวัด......................................... รหัสไปรษณีย์....................................

โทรศัพท์ที่ทำงาน............................................................โทรศัพท์มือถือ............................................................

โทรสาร.................................... E-mail……………………………………Line ID…………………………......….

สำเร็จแพทยศาสตร์บัณฑิตจาก......................................................................พ.ศ.............................................

ได้รับ □ วุฒิบัตร □ อนุมัติบัตร □ปริญญาหรือประกาศนียบัตร

สาขาวิชา.................................................สถาบัน..............................................ปี พ.ศ.........................

สาขาวิชา.................................................สถาบัน..............................................ปี พ.ศ.........................

สาขาวิชา.................................................สถาบัน..............................................ปี พ.ศ.........................

ขณะนี้ปฏิบัติหน้าที่ในสาขาวิชาหลักคือ

□ กุมารแพทย์ทั่วไป ◻ กุมารแพทย์ทางเดินอาหารและตับ

□ กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขา...............................................◻ แพทย์สาขา.....................................

□ พยาบาล ◻ อื่นๆ .......................................................

สถานที่ที่ต้องการให้ส่งเอกสาร □ ที่ทำงาน ◻ ที่บ้าน

สมัครสมาชิก ◻ ตลอดชีพ 500 บาทลดราคาจาก 1000 บาท\* (ภายใน 7-8 ตุลาคม 2563)

◻ตลอดชีพ 1000 บาท □ รายปี 500 บาท

วิธีการชำระเงิน

◻ เงินสด (ชำระด้วยตนเอง)

□ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-464652-5

ลงชื่อผู้สมัคร ……………………………............…………..

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

\*ค่าสมัครสมาชิกตลอดชีพลดเหลือเพียง 500 บาทในงาน 9th GI day (7-8ตุลาคม 2563) ทั้งนี้จะต้องส่งเอกสารการสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินมาที่ [thatsanee.joy@gmail.com ภายใน](mailto:thatsanee.joy@gmail.com%20ภายใน)วันที่ 8 ตุลาคมเท่านั้น

**หมายเหตุ** กรุณาส่งใบสมัครพร้อมเอกสารการชำระเงิน ไปที่สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ

สำนักงานชั่วคราว: สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-201-1446 โทรสาร 02-201-1446

หรือส่งทาง Email: [thatsanee.joy@gmail.com](mailto:thatsanee.joy@gmail.com)

**สิทธิประโยชน์ของสมาชิกสมาคมฯ**

1. ได้รับส่วนลดค่าลงทะเบียนการประชุมวิชาการของสมาคมฯ เช่น การประชุม Ped GI day, GI สัญจร ฯลฯ
2. ส่วนลดในการซื้อหนังสือของสมาคมร้อยละ 10 จากราคาปกติ
3. ได้รับทราบข่าวสารการประชุมวิชาการต่างๆ ของสมาคมฯ
4. Download หนังสือของสมาคมฯ (เฉพาะเล่มจริงที่จำหน่ายหมดแล้ว) และบทความทางวิชาการต่างๆ
5. สิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่ทางสมาคมฯ จะจัดให้มีขึ้น..................................................................................................................................................................

สำหรับนายทะเบียน

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครแล้ว ผู้สมัครสามารถสมัครสมาชิกประเภท

◻สามัญ ◻ ตลอดชีพ □ รายปี

◻วิสามัญ ◻ ตลอดชีพ □ รายปี

◻ กิตติมศักดิ์

…………………………………….

(รศ.(พิเศษ) นพ.ภิเษก ยิ้มแย้ม)

นายทะเบียน