



ใบสมัครสมาชิก  
สมาคมหมอนามัยจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประเภทสมาชิก	
<input type="checkbox"/>	สามัญ
<input type="checkbox"/>	กิตติมศักดิ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ.....นามสกุล.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... วัน เดือน ปี เกิด.....  
 อาชีพ.....วุฒิการศึกษา.....ตำแหน่ง.....  
 หน่วยงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....โทร/โทรสาร.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
 โทรสาร.....E-mail address.....

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมหมอนามัยจังหวัดฉะเชิงเทราแล้ว ขอรับรอง  
 ว่าเมื่อได้รับอนุมัติเป็นสมาชิกแล้วจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมหมอนามัยจังหวัด  
 ฉะเชิงเทราทุกประการ ขอสมัครสมาชิก  รายปี (๑๐๐บาท)  ตลอดชีพ(๑,๐๐๐บาท) รวม  
 ค่าธรรมเนียมแรกเข้า(๒๐บาท) เป็นจำนวนเงิน .....บาท(.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

รับรองว่าการเป็นสมาชิกสมาคมหมอนามัยจังหวัดฉะเชิงเทรา

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงานอำเภอ

(.....)

บันทึกมติสมาคมหมอนามัยจังหวัดฉะเชิงเทรา รับใบสมัครวันที่...../...../.....

มติที่ประชุมครั้งที่..... วันที่...../...../.....  รับเป็นสมาชิกเลขที่.....  ไม่รับ

ลงชื่อ.....

(.....)

นายกสมาคมหมอนามัยจังหวัดฉะเชิงเทรา