

เอกสารสมัครสมาชิก สมาคม ฯ

1. รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 รูป

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ชุด



ผู้สมัครสมาชิกสมาคมนิติเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ/ ยศ.....นามสกุล.....

ชื่อ สกุลเดิม (ถ้ามี).....

วัน เดือน ปีเกิด..... สัญชาติ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (บ้าน) .....

..... โทรศัพท์ (บ้าน)..... โทรศัพท์ (มือถือ).....

สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรที่ทำงาน.....

สถานที่ให้ส่งเอกสาร  ที่บ้าน  ที่ทำงาน

E - mail address .....

ปีที่จบคณะทันตแพทยศาสตร์.....รุ่นที่..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ท. ....

และ/หรือ จบการศึกษาหลังปริญญา สาขา..... ปีที่จบ.....

หรือคณาจารย์ และทันตแพทย์ที่สนใจ สมัครเป็นสมาชิก

ส่งเอกสารสมัครมาที่ สมาคมนิติเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะทันตแพทยศาสตร์

จุฬา ฯ ถ.อังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8668

วิธีการชำระเงิน

ค่าบำรุงสมาชิกสมาคมนิติเวชศาสตร์ จุฬา ฯ จำนวน 2,520 บาท (สองพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ชำระโดย

เงินสด ชำระที่สำนักงานสมาคม ฯ

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร กสิกรไทย สาขาสยามสแควร์ เลขที่บัญชี 026-2-21398-8

(ส่ง Fax สำเนาใบ Pay in พร้อมใบสมัคร มาที่ สมาคม ฯ Fax. 02-218-8668 เพื่อยืนยันการชำระเงิน)

เช็คเงินสดสั่งจ่าย ในนามสมาคมนิติเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(ขีดฆ่าชื่อผู้ถือ)

ลงชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

ส่วนของเจ้าหน้าที่สมาคม ฯ

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้เหรียญ

ลงชื่อ..... นายทะเบียน

ทะเบียนสมาชิกเลขที่ .....