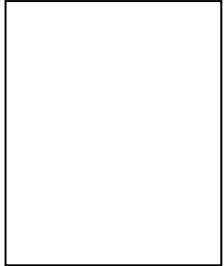




ใบสมัครสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
สมาคมศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เลขที่ 99 หมู่ 9 อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 0 5596 7847-9, โทรสาร 0 5596 7853



วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) .....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ฯ ประเภท [ ] สามัญ (ตลอดชีพ)

ข้อมูลส่วนตัว

1. วัน เดือน ปี เกิด ..... เลขที่บัตรประชาชน..... รหัสสนิต.....
2. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....
- มือถือ .....
3. สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..... ถนน .....
- ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
- โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....
4. E-Mail.....
5. สถานที่ส่งเอกสาร [ ] ที่บ้าน [ ] ที่ทำงาน
6. ระดับการศึกษา [ ] แพทยศาสตรบัณฑิต ปีที่จบ พ.ศ. ....  
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาที่จบ (โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ตามระเบียบการเป็นสมาชิกของสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงขอสมัครเป็นสมาชิกของสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตั้งแต่นี้เป็นต้นไป และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วน

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

ตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัครสมาชิก

- [ ] ค่าสมัคร 1,000 บาท  
[ ] รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป

ลงชื่อ .....เหรียญ

ลงชื่อ .....นายทะเบียน

ท่านสามารถ Download เอกสาร กรอกรายละเอียด และดำเนินการ ดังนี้

1. กรุณาส่งรูปถ่าย ประกอบการสมัครสมาชิก ไปที่ :  
สำนักงานสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
งานกิจการนิสิตและศิษย์เก่าสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
99 หมู่ 9 อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก 65000
2. กรุณาโอนเงินค่าบำรุงสมาชิกตลอดชีพ จำนวน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)  
เข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขา มหาวิทยาลัยนเรศวร  
ชื่อบัญชี “สมาคมศิษย์เก่าแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร” เลขที่บัญชี **346-1-58518-5**
3. กรุณาแฟกซ์หลักฐานการโอนไปที่  
โทรสารหมายเลข 0 5596 7853 หรือ E-mail : nutthawutp@nu.ac.th  
และสามารถสอบถามข้อมูลการสมัครฯ เพิ่มเติมที่หมายเลข 0 55596 7847