



เลขที่ _____

รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครสมาชิกสามัญ

เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ นามสกุล _____

สถานบันที่จบ _____ วุฒิกการศึกษา _____

ปีการศึกษาที่จบ _____ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ภ. _____

สถานที่ทำงาน _____

ที่อยู่ _____

ที่อยู่บ้าน _____

โทรศัพท์ : _____ โทรสาร : _____

มือถือ : _____ E-mail : _____

สถานที่จัดส่งเอกสาร : ที่บ้าน ที่ทำงานการรับวารสาร "ยาน่ารู้" : รูปเล่ม ออนไลน์ผ่าน www.pat.or.thคุณสมบัติผู้สมัคร :

บุคคลที่สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม โดยคณะกรรมการ
อำนวยการมีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกได้

หลักฐานการสมัคร :

1. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

3. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว

การชำระเงิน :

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกฯ ตั้งแต่วันที่ ____/____/____ และได้ชำระค่าสมาชิก จำนวน 2,000 บาท โดย

 เงินสด เช็ค เลขที่ _____ ธนาคาร _____ โอนเงินบัญชี ธ.กรุงไทย ชื่อบัญชี "เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ" เลขที่ 013-1-13497-3

(แนบหลักฐานการชำระเงินพร้อมใบสมัคร)

ลงชื่อ _____ ผู้สมัคร

เภสัชกรรมสมาคมฯ



Visit Our Website

สมาชิกของสมาคม 2 ท่าน ลงนามรับรอง

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง



ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง

เลขที่ 40 ซอยสุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงเขตพระโขนง คลองเตย กรุงเทพฯ 10110

โทร. 02-7121627-8 โทรสาร 02-390-1987 E-mail:admin@pat.or.th www.pat.or.th