



ระเบียบการสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคม

1. ประเภทของสมาชิก

สมาชิกของสมาคมแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 สมาชิกสามัญ

ประเภทที่ 2 สมาชิกสมทบ

ประเภทที่ 3 สมาชิกกิตติมศักดิ์

ประเภทที่ 4 สมาชิกสมทบนานาชาติ

2. สมาชิกสามัญ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.1 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต

2.2 มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยอนุมัติจากแพทยสภา

3. สมาชิกสมทบ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

3.1 สำเร็จการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

4. สมาชิกกิตติมศักดิ์ ต้องมีคุณสมบัติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางสาขาวิชาต่างๆที่คณะกรรมการอำนวยการเห็นสมควรมีมติให้เชิญ เพื่อเป็นเกียรติแก่สมาคม

5. สมาชิกสมทบนานาชาติ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

5.1 สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในประเทศนั้นๆ

5.2 มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยอนุมัติจากแพทยสภา ในประเทศนั้นๆ

6. ผู้ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกต้องยื่นใบสมัครตามแบบฟอร์มของสมาคม ต่อเลขาธิการ

7. การเข้ารับเป็นสมาชิกต้องผ่านการพิจารณาของที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ โดยเลขาธิการเป็นผู้นำเสนอ

เมื่อที่ประชุมมีมติให้รับผู้สมัครเป็นสมาชิกได้ เลขาธิการจะเป็นผู้แจ้งให้ผู้สมัครทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อการลงทะเบียนและชำระค่าบำรุง

8. สมาชิกภาพจะสมบูรณ์เมื่อผู้สมัครได้ลงทะเบียนและชำระค่าบำรุงตามกฎของสมาคมเรียบร้อยแล้ว



สมาคมแพทย์ฟื้นฟูสุขภาพและวิจัยโรคอ้วน กรุงเทพฯ

Bangkok Association of Regenerative Health and the Study of Obesity (BARSO)

สำนักงาน: เลขที่ 2 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้นที่ 6 ซ.ศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 02-310-3232 แฟกซ์ 02-308-7051

Office: The Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi road, Bangkok 10310, Thailand

Tel 02-310-3232 Fax 02-308-7051

Website: www._____ ; Email: _____

ใบสมัครสมาชิก (New Member Application Form)

วันที่ _____

ชื่อภาษาไทย (นพ., พญ.) _____ นามสกุล _____

Name (English) _____

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ _____ วัน-เดือน-ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail _____

ที่อยู่บ้าน _____

สถานที่ทำงาน 1 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ถนน, แขวง, เขต, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร)

วันเวลาออกตรวจผู้ป่วยนอก _____

สถานที่ทำงาน 2 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ถนน, แขวง, เขต, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร)

วันเวลาออกตรวจผู้ป่วยนอก _____

สถานที่ทำงาน 3 (ชื่อหน่วยงาน แผนก คลินิก โรงพยาบาล, เลขที่, ถนน, แขวง, เขต, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, โทรศัพท์, โทรสาร)

วันเวลาออกตรวจผู้ป่วยนอก _____

วุฒิการศึกษา

1. แพทยศาสตรบัณฑิต จาก _____ พศ. _____

2. วุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ สาขา _____ จาก _____ พศ. _____

ข้าพเจ้าทราบข้อบังคับสมาคมแพทย์ฟื้นฟูสุขภาพและวิจัยโรคอ้วน กรุงเทพ เป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้านุญาตให้สมาคม นำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษดังต่อไปนี้เผยแพร่บนเว็บไซต์ของสมาคมได้

1. ชื่อ นามสกุล
2. รูปภาพ
3. สถานที่ทำงาน วันเวลาออกตรวจผู้ป่วยนอก
4. วุฒิการศึกษา

ข้าพเจ้าต้องการสมัครสมาชิกประเภท

- สามัญตลอดชีพ 3,000 บาท
- สมทบตลอดชีพ 3,000 บาท
- สมทบนานาชาติตลอดชีพ 3,000 บาท

และขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมทุกประการ

กรุณาส่งเอกสารที่ บ้าน ที่ทำงาน

หมายเหตุ

ชำระค่าสมาชิก เงินสด โอนเข้าบัญชี _____

เอกสารประกอบการสมัคร

ลงชื่อ _____

(_____)

วันที่ _____