



The Thai Cleft Lip-Palate  
and Craniofacial Association

สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่  
ใบหน้าและศีรษะ แห่งประเทศไทย

# ใบสมัครสมาชิก Application Form

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

Name-Last name.....อายุ.....ปี เพศ  หญิง  ชาย

ที่อยู่ติดต่อ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์/โทรสาร.....เบอร์มือถือ.....

E-mail Address: .....หมายเลขบัตรประชาชน.....

## ความเชี่ยวชาญ

- Plastic Surgery     Maxillofacial Surgery     Orthodontics     Dentistry     Otolaryngology  
 Speech-Language     Audiology     Psychology     Psychiatry     Nursing  
 Social Work     Prosthodontics     Pediatrics     Others.....

## ประเภทสมาชิก

- สมาชิกสามัญ (Active Member) 2,000 บาท     สมาชิกสมทบ (Associate Member) 2,000 บาท

ผู้รับรอง (สมาชิกก่อตั้งของสมาคมฯ หรือสมาชิกสามัญของสมาคมฯ หรือตัวแทนราชวิทยาลัยหรือสมาคมวิชาชีพของผู้สมัคร)

1) ..... ตำแหน่ง..... โทร/Email.....

2) ..... ตำแหน่ง..... โทร/Email.....

## การชำระเงิน

- เงินสด จำนวน 2,000 บาท     โอนเงิน จำนวน 2,000 บาท

เข้าบัญชี “สมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย”

บัญชีเลขที่ 462-019480-1 ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (อาคาร ภ.ป.ร.)

กรุณาส่งสำเนาหนังสือรับรองความเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ หรือระบุเลขประจำตัวผู้ประกอบการวิชาชีพ.....

พร้อมหลักฐานการโอนเงิน และใบสมัครนี้มาที่ [thaicleft@gmail.com](mailto:thaicleft@gmail.com) หรือโดยไปรษณีย์มาที่

นายทะเบียนสมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย

ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

(ตึก สก. ชั้น 14) 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....