



สมาชิกหมายเลข.....

(สำหรับเจ้าที่กรอก)

### ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย นาง นางสาว ยศ).....นามสกุล.....(เขียนตัวบรรจง)

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงาน (โปรดกรอกให้ละเอียด).....

.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

#### ปริญญาที่ได้รับ

ชื่อปริญญา	สาขาวิชาเอก	มหาวิทยาลัย	พ.ศ.
อนุปริญญา	.....	.....	.....
ปริญญาตรี	.....	.....	.....
ปริญญาโท	.....	.....	.....
ปริญญาเอก	.....	.....	.....
ขอสมัครเป็นสมาชิก	<input type="checkbox"/> สามัญตลอดชีพ	<input type="checkbox"/> สามัญรายปี	<input type="checkbox"/> วิสามัญ
ได้ชำระค่าสมาชิก	<input type="checkbox"/> สามัญตลอดชีพ	<input type="checkbox"/> สามัญรายปี	<input type="checkbox"/> วิสามัญ

โปรดส่งเงินโดยเช็คหรือเช็คไปรษณีย์ หรือธนาณัติส่งจ่าย ปท. ราชวิถี ในนามสมาคมอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถ.ราชวิถี เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 หรือ โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี ชื่อบัญชี สมาคมอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย เลขที่บัญชี 051-264685-5

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

#### หมายเหตุ

1. ขอรูปลถ่ายสีหรือขาวดำ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป เพื่อทำบัตรสมาชิก
  2. ค่าสมาชิกสามัญรายปี 300 บาท
- ค่าสมาชิกสามัญตลอดชีพ 1,500 บาท (หรือส่งค่าสมาชิกติดต่อกัน 5 ปี)