**ใบสมัครสมาชิก  
สมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข**

ติดรูปถ่าย  
๑ นิ้ว

วันที่.............เดือน............................พ.ศ................  
เรื่อง ขอสมัคร การเป็นสมาชิกสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข

เรียน เลขานุการสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข

ข้าพเจ้า.............................................................................................................อายุ.....................ปี เกิดวันที่......................เดือน....................................พ.ศ.................สัญชาติ........................ศาสนา............................ที่อยู่(ตามสำเนาทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....................หมู่ที่.......................ถนน.........................ตำบล/แขวง.....................................อำเภอ/เขต...............................จังหวัด..................................................รหัสไปรษณีย์...................อาชีพ..........................ตำแหน่ง.................................ปฏิบัติงานที่(ระบุหน่วยงานสังกัด)......................................................  
.........................................................................หมายเลขโทรศัพท์(มือถือ)...................................หมายเลขโทรศัพท์(ที่ทำงาน)....................................อีเมล์..............................................ID-line.......................................

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัคร/ต่ออายุ การเป็นสมาชิกสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข  
ประเภท สามัญ สมทบ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ศึกษาและทำความเข้าใจข้อบังคับของสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข โดยละเอียดแล้ว ยินดีปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข และให้ความร่วมมือในกิจการของสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุขทุกประการ พร้อมส่งหลักฐานดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ หรือบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐ  
 รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

ค่าลงทะเบียนเป็นสมาชิกครั้งแรก จำนวน ๒๐๐ บาท

ค่าบำรุงในการเป็นสมาชิกสมาคมฯ ประเภทสมาชิกสามัญ/สมทบ เป็นรายปี ๆ ละ ๒๐๐ บาท

ค่าบำรุงในการเป็นสมาชิกสมาคมฯ ประเภทสมาชิกสามัญตลอดชีพ จำนวน ๕๐๐ บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ...........................................ผู้สมัคร/ต่ออายุ  
 (....................................)

ลงชื่อ.........................................สมาชิกสามัญผู้รับรอง (....................................)

...........................................................................................................................................................................................  
**ความเห็นของคณะกรรมการสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข** รับไว้เป็นสมาชิกสมาคมฯ หมายเลขสมาชิก.................... ไม่รับ  
 ลงชื่อ..............................................  
 (นายสุเทพ นาคนาม)  
 นายกสมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข  
**หมายเหตุ** ๑. การเป็นสมาชิกครั้งแรก ชำระค่าลงทะเบียน ๒๐๐ บาท และค่าบำรุงรายปี ๒๐๐ บาท หรือชำระค่าลงทะเบียน ๒๐๐ บาท และค่าบำรุงตลอดชีพ ๕๐๐ บาท โอนเข้าบัญชี สมาคมนักกฎหมายสาธารณสุข บัญชีธนาคาร กรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์ หมายเลขบัญชี ๑๔๒๐๒๕๔๘๗๑  
 ๒. เมื่อผู้สมัครโอนเงินค่าสมาชิกเรียบร้อยแล้วให้ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาที่   
นายพชร มาเทียน กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ๗๒ ถ.นิกรบำรุง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ ๖๗๐๐๐ หากมีข้อสงสัย โทร. ๐๘๖-๔๔๑๐๓๐๖