



เสนอที่ประชุมกรรมการบริหาร
ครั้งที่.....วันที่.....
มติ.....
ลงทะเบียนเลขที่.....
วันที่รับ.....

ใบสมัครสมาชิก สมาคมสารพิษจากเชื้อรา

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

First name Last name

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....

วุฒิการศึกษา..... สถาบันการศึกษา.....

อาชีพ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สถานที่ติดต่อ ที่บ้าน ที่ทำงาน

มีความประสงค์สมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสารพิษจากเชื้อรา ประเภท

สมาชิกตลอดชีพ ๒,๐๐๐ บาท

สมาชิกรายปี ๖๐๐ บาท

ค่าธรรมเนียมแรกเข้า ๑๐๐ บาท

พร้อมใบสมัครนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าสมัครรวมเป็นเงิน ๒,๑๐๐ บาท ๑๐๐ บาท ๖๐๐ บาท (สมาชิกที่ต่ออายุ)

ข้าพเจ้าทราบวัตถุประสงค์และข้อบังคับของสมาคมสารพิษจากเชื้อรา และยินดีจะปฏิบัติตามทุกประการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลำดับที่.....

ใบเสร็จเลขที่.....

จำนวนเงิน.....

เงินสด โอนผ่านบัญชีสมาคมฯ

ชื่อผู้รับสมัคร

(.....)

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่ ____ / ____ / ____