



สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย

Thai Association of Dental Implantology

1939 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. 10310 โทร/แฟกซ์ +66 2718 0708

E-mail: info@tadi.or.th Website: www.tadi.or.th

รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

FUNDAMENTAL IMPLANTOLOGY COURSE

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) ..... ชื่อเล่น .....  
ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ..... อายุ ..... ปี  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ที่อยู่ทำงาน .....

โทรศัพท์..... มือถือ..... ID Line..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ น.....

อีเมล ..... สถานที่ ที่ติดต่อสะดวก ..... อที่บ้าน ..... อที่ทำงาน .....

สำเร็จการศึกษาจาก..... รุ่นที่ ..... ปีการศึกษา .....

การศึกษาหลังปริญญา

วุฒิการศึกษา..... จาก ..... ปีการศึกษา.....

วุฒิการศึกษา..... จาก ..... ปีการศึกษา .....

0 เป็นสมาชิกสมาคมฯ ขอสมัครเข้ารับการอบรม โดยยินยอมชำระค่าสมัคร เป็นจำนวนเงิน 270,000 บาท

0 ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมฯ ขอสมัครเข้ารับการอบรม โดยยินยอมชำระค่าสมัคร เป็นจำนวนเงิน 274,000 บาท

ผู้สมัครยินยอมชำระจำนวนเงินดังกล่าวข้างต้น ภายในกำหนดที่ได้รับแจ้งจากทางสมาคมฯ หากพ้นกำหนดแล้วยังมิได้ชำระให้ถือว่าผู้สมัครสละสิทธิ์เข้ารับการอบรม การชำระเงินให้ชำระเป็น เช็คธนาคาร สั่งจ่ายในนาม สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย หรือ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงเทพ สาขานนเพชรบุรีตัดใหม่ **ชื่อบัญชี** สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย **เลขที่บัญชี 153 4 14098 1**

หลักฐานที่แนบมาด้วย (กรุณาเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย)

1. สำเนาปริญญาบัตร หรือใบแสดงคุณวุฒิการศึกษา
2. สำเนาใบประกอบโรคศิลป์
3. รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 รูป

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
( ..... )

ส่งใบสมัคร และหลักฐานการสมัครมาที่

**สมาคมทันตกรรมรากเทียมแห่งประเทศไทย**

1939 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

**โทรศัพท์/โทรสาร** :0 2718 0777 **อีเมล** info@tadi.or.th

**เว็บไซต์** :www.tadi.or.th **Face book** : @Tadidentalimplantology