ใบสมัครสมาชิก
สมาคมเภสัชวิทยาแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่งวิชาการ..... อาชีพ .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวกหรือที่ทำงาน

.....

.....

.....

โทรศัพท์ .....

E-mail: ..... (จำเป็น)

Line ID: .....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมเภสัชวิทยาแห่งประเทศไทยประเภท

o สมาชิกตลอดชีพ (1000 บาท)

และขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของสมาคมฯทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร