สมาคมศิษย์เก่าทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
MAHIDOL UNIVERSITY DENTISTRY ALUMNI ASSOCIATION
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 6 ถนนโยธี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร/โทรสาร 0-2200-7664 หรือโทร 0-2200-7663 e-mail:dentmu-alumni@hotmail.com

ใบสมัครสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.................เดือน...............................พ.ศ................

ลำดับที่........................(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

1. ชื่อ-นามสกุล/ยศ : ....นามสกุล..

(ภาษาอังกฤษ) ....อายุ.....................................ปี

วันที่/เดือน/ปีเกิด...เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์...

2. ประวัติการศึกษา

☐ ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสนักศึกษา...................................... รุ่นที่.............. ปีการศึกษาที่จบ.......................

☐ ระดับหลังปริญญา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

☐ ป.บัณฑิตฯ สาขา.. ปีการศึกษาที่จบ...

☐ ป.โท สาขา.. ปีการศึกษาที่จบ...

☐ ป.เอก ☐ ฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร สาขา.. ปีการศึกษาที่จบ...

☐ อื่นๆ.. ปีการศึกษาที่จบ...

3. สถานที่ติดต่อ : ☐ ที่อยู่ ☐ ที่ทำงาน

ที่อยู่ : เลขที่..................... ตรอก/ซอย................................. ถนน... แขวง.......................................

เขต..จังหวัด..รหัสไปรษณีย์........................... โทรศัพท์................................

ที่ทำงาน: เลขที่ .... ตรอก/ซอย...................................... ถนน... แขวง...................................

เขต..จังหวัด.....................................รหัสไปรษณีย์....................... โทรศัพท์...................................

E-mail address…………………………………………………………………………………………………

4. ขอสมัครสมาชิกสมาคมศิษย์เก่าทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเภท

☐ สมาชิกสามัญตลอดชีพ โดยชำระค่าบำรุง 3, 000 บาท ☐ วิสามัญตลอดชีพ โดยชำระค่าบำรุง 300 บาท

☐ ยุวสมาชิก ฟรี

☐ ต้องการเป็นสมาชิกโครงการศึกษาต่อเนื่องของคณะฯ ☐ ต้องการวิทยาสารคณะทันตแพทยศาสตร์

วิธีการชำระเงิน

1) เงินสด ชำระได้ที่เหรัญญิก พร้อมใบสมัคร

2) โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงเทพ
สาขาคณะทันตแพทยศาสตร์ เลขที่ 046-700429-7
ชื่อบัญชี “สมาคมศิษย์เก่าทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล”

ส่งหลักฐานการชำระเงินพร้อมใบสมัครได้ที่

- สำนักงานของสมาคมศิษย์เก่าฯ : คุณสาวิตรี รุ่งแจ้ง

คณะทันตแพทยศาสตร์ เลขที่ 6 ถนนโยธี เขตราชเทวี กทม. 10400 โทร02-2007663 โทรสาร 02-2007664

ลงชื่อ..ผู้สมัคร
(..)

ลงชื่อ...เหรัญญิก
(..)

ลงชื่อ...นายทะเบียน
(..)

ลงชื่อ..เลขาธิการ/นายกสมาคมฯ
(..)