



ใบลงทะเบียนสอบ

(เฉพาะผู้ที่ผ่านการอบรมแล้ว)

หลักสูตร MRI หลักสูตร CT หลักสูตร MIIA หลักสูตร US

วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

(ภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่เท่านั้น)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

วัน/เดือน/ปีเกิด (ค.ศ.).....

สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....มือถือ.....

E-mail

อยู่บ้านเลขที่

เลขที่สมาชิก ประเภทสมาชิก ตลอดชีพ รายปี

ค่าลงทะเบียนสอบหลักสูตรละ 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

โดยชำระเงินเข้าบัญชี “สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย”

ชื่อธนาคาร ไทยพาณิชย์ สาขา ศิริราช เลขที่บัญชี 016-2-65280-8

และกรุณาส่งแฟกซ์ใบลงทะเบียนสอบ พร้อมหลักฐานการชำระเงินมาที่ 02-419-7173

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อผู้สมัคร