สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.)
อาคาร ๓ ชั้น ๕ ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์/โทรสาร: ๐-๒๕๙๐-๔๓๒๖
THE NATIONAL HEALTH ASSOCIATION OF THAILAND (NHAT)
Building ๓/๕, Department of Health, Ministry of Public Health, Tiwanon Road, Nonthaburi ๑๑๐๐๐,
THAILAND. Tel/Fax: ๐-๒๕๙๐-๔๓๒๖

04/27/05/62

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๘๙๕๓
วันที่ ๒๒ พ.ค. ๒๕๖๒
เวลา ๑๔.๘๓ น.

ที่ สอท. ๒๗/๒๕๖๒ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง เชิญชวนสมัครเป็นสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษกพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณ มหิศรภูมิพลราชวรางกูร กิติสิริสมบูรณอดุลยเดช สยามินทราธิเบศรราชวโรดม บรมนาถบพิตร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.)

กลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุขและสุขภาพ
รับเลขที่ ๔๕๑
วันที่ ๒๒ พ.ค. ๖๒
เวลา ๑๔.๓๐

เนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถือเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับปวงชนชาวไทย สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.) ในฐานะสมาคมที่มีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนและการเผยแพร่ความรู้ในด้านสาธารณสุขทุกสาขาแก่ประชาชน รวมถึง การสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยด้านสาธารณสุข และการเสริมสร้างสามัคคีธรรม และรวมพลังความคิดระหว่างสมาชิก สร้างเสริมความมั่นคงในด้านสวัสดิการและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิก สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.) สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ และขอร่วมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรรามาธิบดีศรีสินทร มหาวชิราลงกรณ มหิศรภูมิพลราชวรางกูร กิติสิริสมบูรณอดุลยเดช สยามินทราธิเบศรราชวโรดม บรมนาถบพิตร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.) จึงขอเชิญชวนบุคลากรในสังกัดสมัครเป็นสมาชิก สอท.ประเภทสมาชิกสามัญตลอดชีพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการสมัคร (ปกติจะเสียค่าลงทะเบียนสมาชิกท่านละ ๑๐ บาท ค่าบำรุงตลอดชีพท่านละ ๕๐๐บาท) สมัครได้ตั้งแต่วันนี้จนถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ โดยกรอกรายละเอียดตามใบสมัครที่แนบมานี้ หรือดาวน์โหลดใบสมัครที่เว็บไซต์ สอท. http://nhat.anamai.moph.go.th และ Fax ไปที่สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๒๖ และช่องทางการติดต่อสื่อสารของ สอท. ได้แก่ เว็บไซต์ สอท. Facebook สอท. และ Line Group “NHAT สอท.”

ในการนี้ สอท. จึงขอเชิญชวนท่านและบุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่านสมัครเป็นสมาชิก สอท. ซึ่งจะได้รับสิทธิพิเศษในการสั่งซื้อปฏิทินสาธารณสุขปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ในราคา ๑๓๐ บาท (จากราคา ๑๔๐ บาท) และหากสั่งจองตั้งแต่บัดนี้ถึงภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ จะบริการส่งฟรีทางไปรษณีย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสมาชิกยังมีสิทธิในการขอรับทุนการค้นคว้าวิจัยด้านสาธารณสุขด้วย (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ และเชิญชวนบุคลากรในสังกัดสมัครสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทยต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ธวัช สุนทราจารย์)
นายกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย

(นางสัจษณา ศังขชาต)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๒ พ.ค. ๒๕๖๒

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.)

สำนักงาน อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2590 4326

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

(ข้อความที่ไม่ต้องการให้ขีดออก และโปรดกรอกข้อความด้วยตัวพิมพ์ดีดหรือลายมือบรรจง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน เลขาธิการสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า(ระบุคำนำหน้าที่ชื่อและยศด้วย) ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว .....

เลขบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... สามี /ภรรยา ☐ นาย ☐นาง.....

<u>ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน</u>

บ้านเลขที่ .....หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....

<u>ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ</u>

บ้านเลขที่ .....หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

<u>สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน</u>.....ตำแหน่ง.....กอง.....

กรม.....กระทรวง.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง..... .....อำเภอ/เขต..... .จังหวัด.....โทรศัพท์.....

<u>ระดับวุฒิการศึกษาสูงสุด</u>

☐ ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโทหรือสูงกว่า ☐ อื่น (ระบุ).....

<u>ขอสมัครเป็นสมาชิกประเภท</u> ☐ สามัญตลอดชีพ ☐ วิสามัญตลอดชีพ

<u>การชำระเงิน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน 10 บาท และ

☐ค่าบำรุงตลอดชีพ 500 บาท

มาพร้อมใบสมัครนี้ด้วยแล้ว โดยมี.....สมาชิกเลขที่.....เป็นผู้รับรอง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(ส่วนข้างล่างนี้เจ้าหน้าที่สมาคมเป็นผู้กรอกรายการ)

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย รับใบสมัครวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

คณะกรรมการสมาคมพิจารณาแล้วให้รับเป็นสมาชิกตามใบสมัคร เลขที่สมาชิก.....

ลายมือชื่อนายทะเบียน.....

รับรองเป็น สมาชิกตลอดชีพ กรณีสมัครเป็นสมาชิกตลอดชีพผ่อนชำระตั้งแต่วันที่ .....เดือน