

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.)

อาคาร ๓ ชั้น ๕ ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ : ๐-๒๕๕๐-๔๓๒๖

THE NATIONAL HEALTH ASSOCIATION OF THAILAND (NHAT)

Building 3/5, Department of Health, Ministry of Public Health, Tiwanon Road, Nonthaburi 11000,

THAILAND. Tel 0-2590-4326

ที่ สอท.๑๕๖/๒๕๕๗

วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๐๗๖๐๒
วันที่ - ๕/ก.ย. ๒๕๕๗
เวลา ๑๑.๓๐

เรื่อง ขอเชิญสมัครเป็นสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.)

ด้วยสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (สอท.) ได้ทำการก่อตั้งเมื่อวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๐๘ จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา ๔๘ ปี มีสมาชิกประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักสาธารณสุขทุกสาขา ตลอดจนเจ้าหน้าที่สนใจในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุขทุกสาขา โดยมีผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนี้

๑. จัดทำปฏิทินสาธารณสุขประจำปี เพื่อเป็นคู่มือแนวทางในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข
๒. ให้ทุนสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย ในการศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุข
๓. ให้ทุนสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย ในการนำเสนอผลงานทั้งในและต่างประเทศ
๔. รับทุนจากองค์กรต่างๆ เพื่อทำวิจัย หรือโครงการด้านสาธารณสุข
๕. พัฒนาเว็บไซต์ สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย (<http://nhat.anamai.moph.go.th>)

เพื่อเผยแพร่ผลงานและกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับสมาชิกและประชาชน และจัดทำจดหมายข่าวสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย รายไตรมาส เพื่อเชื่อมความสัมพันธ์และสื่อสารกับสมาชิก เป็นต้น

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย จึงใคร่ขอเชิญชวน ท่านและบุคลากรในหน่วยงาน สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย เพื่อรับผลประโยชน์ดังกล่าว โดยมีรายละเอียดการสมัครเป็นสมาชิกดังนี้

๑. ค่าลงทะเบียนสมาชิก ท่านละ ๑๐ บาท
๒. ค่าบำรุงตลอดชีพท่านละ ๕๐๐ บาท (จะคืนให้เมื่อสมาชิกเสียชีวิต)

รวมเป็นจำนวนเป็นเงิน ๕๑๐ บาท (ห้าร้อยสิบบาทถ้วน) โดยชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชีสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี ๑๔๒-๑-๑๐๓๓๔-๖ และเมื่อชำระเงินแล้วกรุณาส่งใบสมัครสมาชิกพร้อมหลักฐานการโอนเงินมาที่สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๕๐ ๔๓๒๖ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้สมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย จะได้รับสิทธิพิเศษในการสั่งซื้อปฏิทินสาธารณสุขปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๑๐ เล่ม ในราคาเล่มละ ๑๓๐ บาท (จากราคา ๑๔๐ บาท) และหากสั่งจองตั้งแต่บัดนี้ถึงภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ จะบริการส่งฟรีทางไปรษณีย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงานสมัครเป็นสมาชิกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทยด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน พล.รช.

- เพื่อโปรดคน
- เห็นชอบ พล.บ. ๖/๕/

ดำรงนาม

DML

(นางลักษณะ สังขชาติ)
ทวิภาคารสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ
๕ ก.ย. ๒๕๕๗

- มอบคุณพรวิภา
พ.ศ. ๒๕๕๗

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(นายแพทย์วิรัช สุนทรจารย์)

นายกสมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย

พร.บ.
แจ้งให้ทราบ
ทราบ / ดำเนินการ

(Signature)
(นายพิทยา ไพบูรณ์ศิริ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๕ ก.ย. ๒๕๕๗
...../รับ
...../พิมพ์
...../ตรวจ

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(ระบุค่านำหน้าชื่อและยศด้วย).....

นามสามัญ ภรรยา.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

กอง.....กรม.....กระทรวง.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ระดับการศึกษาสูงสุด(ตามระดับวุฒิการศึกษาที่ได้รับ)

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

ขอสมัครเป็นสมาชิกประเภท

สามัญตลอดชีพ วิสามัญตลอดชีพ

และขอชำระเงิน

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.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อนายทะเบียน.....

หมายเหตุ: ส่งนายทะเบียน ผู้จัดการ และบรรณาธิการวารสารอนามัยเพื่อดำเนินการแล้วเก็บรวบรวมที่นายทะเบียน