|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**แบบสำรวจสมาชิก**

⬜สมาคม ⬜ ชมรม / ...........................................................................................................................

1.ประวัติ

ชื่อ ( นาย / นาง / นางสาว ยศ ) ....................................................... นามสกุล.......................................................

เกิดเมื่อวันที่................. เดือน......................................... พ.ศ. ............................... อายุ ......................... ปี

สถานภาพสมรส ⬜ โสด ⬜คู่ ⬜ หม้าย ⬜ หย่าร้าง ⬜ แยกกันอยู่

การศึกษา ................................................................................ อาชีพ.............................................................................

บ้านเลขที่................. หมู่ที่..................... ซอย...................................... ถนน................................................ ตำบล............................................

อำเภอ............................................ จังหวัด..................................................................... รหัสไปรษณีย์.............................................................

2.สถานภาพ ⬜ผู้ป่วยมีผู้ดูแลชื่อ โทรศัพท์

⬜ญาติ ดูแลผู้ป่วยชื่อ โทรศัพท์

⬜ผู้ดูแล (ไม่ใช่ญาติ) ดูแลผู้ป่วยชื่อ โทรศัพท์

⬜มีบัตรประจำตัวคนพิการ

⬜ผู้ดูแลคนพิการชื่อ

⬜ อื่นๆ (ระบุ)

สิทธิการรักษา ( ) สิทธิบัตรทอง ( ) สิทธิบัตรทอง ท.74 ( ) สิทธิเบิกได้ ( ) สิทธิบัตรประกันสังคม ( ) สิทธิอื่นๆ

3.ประเภทสมาชิก ⬜  สมาชิกกิตติมศักดิ์ ⬜ สมาชิกสามัญ ⬜ สมาชิกวิสามัญ

4.ก่อนป่วยประกอบอาชีพ ..........................................................................................................................................................

หลังป่วยประกอบอาชีพ ............................................................................................................................................................

5.ความรู้เฉพาะทาง .......................................................................................................................................................................

6.ความสามารถพิเศษ ....................................................................................................................................................................

ชื่อ .................................................................................................................. ผู้สำรวจข้อมูล

วันที่ ..................... เดือน ..................................................... ปี .......................... ที่สำรวจ

หมายเหตุ กรุณาจัดส่งเอกสารนี้ให้สมาคมฯ ทางโทรสาร หมายเลข 02 9689667 และกรุณากรอกให้ครบทุกข้อ

หากเนื้อที่แต่ละข้อกรอกข้อความไม่เพียงพอ ท่านสามารถแนบเอกสารและภาพที่เกี่ยวข้องประกอบได้