นาย นาง นางสาว      ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี)

เป็นสมาชิกสมาคมนักวิจัยเลขที่

**~ การศึกษา**

สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับ  ปริญญาเอก  ปริญญาโท  ปริญญาตรี  อื่นๆ (ระบุ)

คณะ      สาขาวิชา

กำลังศึกษาในระดับ  ปริญญาเอก  ปริญญาโท  ปริญญาตรี  อื่นๆ (ระบุ)

คณะ      สาขาวิชา

**~ การทำงาน**

ปัจจุบันทำงานในตำแหน่ง ....................................แผนก ฝ่าย คณะ

ชื่อสถานที่ทำงาน

เลขที่      อาคาร      ตรอก/ซอย      ถนน

ตำบล/แขวง      อำเภอ/เขต      จังหวัด      รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์      โทรสาร

**~ ที่อยู่/สถานที่ติดต่อ**

ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

เลขที่      อาคาร      ตรอก/ซอย      ถนน

ตำบล/แขวง      อำเภอ/เขต      จังหวัด      รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์      โทรสาร      อีเมล์

**~ การชำระค่าลงทะเบียน**

ชำระด้วย  1) เงินสดที่สมาคมนักวิจัย จำนวนเงินที่ชำระ   35,900.00 บาท (สมาชิก)

) ผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาบางบัว  37,500.00 บาท (บุคคลทั่วไป)

เลขที่ 053-411-343-0 ชื่อบัญชี โครงการฝึกอบรมของสมาคมนักวิจัย พักเดี่ยวเพิ่มท่านละ  **9,000.00** บาท

กรุณา ชำระเงินมัดจำ 10,000 บาท ภายในวันที่ 5 มีนาคม 2558

และ ชำระส่วนที่เหลือทั้งหมด ภายในวันที่ 25 เมษายน 2558

กรณีชำระเป็นธนาณัติหรือโอนเข้าบัญชี ให้สำเนาใบฝากเงินมาที่โทรสาร 0-2579-0801 หรืออีเมล์ ar@ar.or.th พร้อมระบุชื่อผู้สมัครและหลักสูตรด้วย

ชื่อและที่อยู่ ในการออกใบเสร็จรับเงิน (กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ลงชื่อ

( )

**ส่งใบสมัครมาที่โทรสาร 0-2579-0801 หรืออีเมล์ ar@ar.or.th**

**สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่สมาคมนักวิจัย 087-931-5303,** **0-2579-0787, 0-2942-7522**