

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

ด้วย โรงเรียน / มหาวิทยาลัย คณะ.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ถนน..... แขวง..... ซอย.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ/ เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสถาบัน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสมาคมครูภาษาฝรั่งเศสแห่งประเทศไทย
ในพระราชูปถัมภ์ฯ พร้อมกันนี้ขอชำระค่าบำรุงสมาคมฯ ประจำปี พ.ศ. 2567

☐ ประเภทโรงเรียน จำนวน 700 บาท (เจ็ดร้อยบาทถ้วน)

☐ ประเภทมหาวิทยาลัย จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

โดยจ่ายเป็น ☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชี สมาคมครูภาษาฝรั่งเศสแห่งประเทศไทย เลขบัญชี 116-0-13470-4

ธนาคารกรุงเทพ สาขาบางลำพู (โปรดแนบหลักฐานการโอนเงิน)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

โรงเรียน / มหาวิทยาลัย

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการจ่ายเงินค่าสมาชิก ถึง นางสาวไพริน ศิริอังกูร (นายทะเบียน สคฟท.)

ทาง e-mail : pairinrak.siri@gmail.com / Line : 086 770 1755

หรือ ทางไปรษณีย์ : 164 รามคำแหง 24 แขวง 24 (ศิริถาวร) แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กทม.10240

เฉพาะเหรียญ

- ได้รับเงินแล้ว จำนวน ลงชื่อเหรียญ..... วันที่/...../.....
- ใบเสร็จ เล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่.....
- ส่งใบเสร็จให้สมาชิกแล้ว เมื่อ.....

เฉพาะนายทะเบียน

- หมายเลขสมาชิก สดบ/ 2568
- อนุมัติในการประชุม ครั้งที่ วันที่