



ใบสมัครสมาชิกจุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย

1. ชื่อ..... นามสกุล.....
 2. อายุ ปี
 3. เพศ ชาย หญิง
 4. สถานะ แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์
 ผู้ป่วย ผู้ปกครอง / ญาติ ประชาชนทั่วไป
 อื่นๆ ระบุ.....
 5. วันที่สมัคร..... เดือน..... พ.ศ.
 6. ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน.....
 ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail address:
 7. ที่ทำงาน ชื่อหน่วยงาน/บริษัท.....
 เลขที่..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....
 website..... E-mail address:
 8. สถานพยาบาลที่รักษา*.....
 9. ประสงค์จะส่งหนังสือไปที่ บ้าน ทำงาน สถานพยาบาล
- * ท่านสมาชิกสามารถรับจุลสารได้ที่สถานพยาบาลที่ท่านรักษาอยู่ (เพื่อเป็นการประหยัดค่าส่ง)

กรุณาส่งใบสมัครมาที่

นพ.กิตติ ต่อจรัส

หน่วยโลหิตวิทยา กองกุมารเวชกรรม

315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02-3547600-15 ต่อ 94143

โทรสาร 02-644-8990

Email: kittitcr @ access.inet.co.th

** สามารถ download ในสมัครที่ www.thalassemia.or.th