



## 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](http://www.thalassemia.or.th)