

ใบสมัครสมาชิกจุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย

- ชื่อ..... นามสกุล.....
 - อายุ ปี
 - เพศ ชาย หญิง
 - สถานะ แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์
 ผู้ป่วย ผู้ปกครอง / ญาติ ประชาชนทั่วไป
 อื่นๆ ระบุ.....
 - วันที่สมัคร..... เดือน..... พ.ศ.
 - ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน.....
ซอย..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail address:
 - ที่ทำงาน ชื่อหน่วยงาน/บริษัท.....
เลขที่..... ถนน.....
ตำบล..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....
website..... E-mail address:
 - สถานพยาบาลที่รักษา*
 - ประสงค์จะให้ส่งหนังสือไปที่ 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