



ใบสมัครสมาชิกจุลสาร / ใบแสดงความจำนงเพื่อขอรับ จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

สถานะ แพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์ ผู้ป่วย ผู้ปกครอง/ญาติ
 อื่นๆ ระบุ..... สถานพยาบาลที่รักษา.....

สถานที่ติดต่อ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์ที่ติดต่อได้ / APP	สถานที่ติดต่อได้
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- มีความประสงค์ขอรับ “จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย” จำนวน.....เล่ม โดย
- สมัครสมาชิกใหม่
 - ต่ออายุสมาชิก (จุลสารฯ กำหนดออก ปีละ 3 เล่ม)
 - แนนแสดงฉบับ 5 บาท จำนวน 3 ดวง ต่ออายุสมาชิก 1 ปี (สำหรับผู้ป่วย)
 - โอนเงินค่าจัดส่ง 50 บาท / 1 ปี (บุคคลทั่วไป)

- กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกจุลสาร / ใบขอรับจุลสารฯ พร้อมแนบ แสดงฉบับ หรือสำเนาการโอนเงินมาที่
- ▶ นางสาวดาริกา สีเลื่อม
 - ▶ นางสาวอรินทร บัณฑิตพิหงค์
- มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ตึกอานันท์มหิตล ชั้น 9 โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

- หมายเหตุ การโอนเงินค่าจัดส่งจุลสารฯ
- เข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช
เลขที่บัญชี 016-2-37067-6
ชื่อบัญชี " มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย "
- สามารถ download ใบสมัคร / ใบแสดงความจำนงได้ที่ www.thalassemia.or.th
- สอบถามเพิ่มเติมที่ โทรศัพท์: 0-2419-8329, 0-2412-9758
e-mail: thalassemia.tft@gmail.com