



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้าชื่อ _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ _____ E-mail _____

สนใจสมัครเป็นสมาชิกของ สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

พร้อมทั้งส่งค่าสมาชิกตลอดชีพ 1,000 บาท โดยจ่ายเป็น

- เงินสด
- ธนาคัติ (ปณ.เพชรบุรีตัดใหม่)
- เช็คขีดคร่อม ในนามของ “สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย”
(เช็คต่างจังหวัด เพิ่มค่าธรรมเนียมอีก 10 บาท)

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของ สมาคม ฯ ทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัคร _____
(_____)
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สามารถส่งใบสมัครมาทางไปรษณีย์

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

อนุมัติให้เป็นสมาชิกสมาคม ฯ

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เลขที่สมาชิก _____

นายกสมาคม _____ นายทะเบียน _____