



สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

ภาควิชาภูมิคุ้มกันและโรคภูมิแพ้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หน่วยโรคภูมิแพ้ ภูมิคุ้มกันและโรคข้อ ชั้น 8

270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์

0-2201-1494

โทรสาร

02-201-1494

E-mail

allergythai@gmail.com

ใบสมัครสมาชิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน เลขานุการสมาคมฯ

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ (ค่าสมัคร 1,500 บาท ค่าจัดส่งวารสาร 200 บาท รวมเป็นเงิน 1,700 บาท) ของสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย โดยมีข้อมูลส่วนตัวดังต่อไปนี้

\*\*\* (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน) \*\*\*

ชื่อ-สกุล .....ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี).....

ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... มือถือ.....

E-mail.....

สถานที่ทำงาน.....

.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สถานที่จัดส่งเอกสาร  ที่อยู่บ้าน  สถานที่ทำงาน

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าชำระค่าสมาชิกแล้ว

โดย  1. เงินสด

2. โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย”

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช เลขที่บัญชี 016-2-73495-1

3. เช็คขีดคร่อม สั่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย”

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมทุกประการ

ลงนาม .....

(.....)

...../...../.....

สำหรับกรรมการสมาคม

1. อนุมัติให้เป็นสมาชิกของสมาคมได้

วันที่ .....

ลงนาม .....

2. รับเข้าเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ

( นายกสมาคม ฯ )

เลขที่ทะเบียน .....

วันที่.....

ลงนาม .....

( นายทะเบียน )