



สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย  
สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา ภาควิชาการเวชศาสตร์  
คณภาพแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย โทรศัพท์/  
กรุงเทพฯ 10700 E-mail: a

โทรศัพท์/โทรสาร 0-2419-7000 ต่อ 95670  
E-mail: [allergythai@gmail.com](mailto:allergythai@gmail.com)

แบบฟอร์มสมัคร Oral/Poster Presentation  
ในการประชุมวิชาการประจำปี 2562  
ของสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

1. ประวัติผู้สมัคร ชื่อ – นามสกุล ..... อายุ .....  
เบอร์โทรศัพท์ ..... e-mail .....  
สถานที่ศึกษา .....  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ .....  
สถานะสมาชิกสมาคม  สมาชิกสมาคม /ไม่เป็นสมาชิกสมาคม

- ## 2. Abstract (English)



3. สิ่งที่แนบมาด้วย

( ) Curriculum Vitae

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
วันที่ .....

\*\*หมวดเขตส่ง Abstract 1 มีนาคม 2562 โดยส่งทาง e mail: [allergythai@gmail.com](mailto:allergythai@gmail.com) (ท่านนี้)

\*\*ประกาศผู้มีสิทธิเข้านำเสนอผลงาน 16 มีนาคม 2562 โดยแจ้งโดยตรงผ่าน e-mail [allergythai@gmail.com](mailto:allergythai@gmail.com)

\*\*เวลานำเสนอผลงานท่านละ 10 นาที ซักถาม 2 นาที (รวม 12 นาที)

ในการพิจารณาแบบปากเปล่า

\*\* ในกรณีนำเสนอแบบปากเปล่า

กว้าง 100 เซนติเมตร สูง 150 - 180 เซนติเมตร ....