



สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน่วยโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกันทางคลินิก

1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10320

โทรศัพท์

02-2256-415

โทรสาร

02-2542-323

E-mail

allergythai@gmail.com

ใบสมัครสมาชิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน เลขาธิการสมาคมฯ

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

*** (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน) ***

ชื่อ-สกุลตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี).....

ที่อยู่เลขที่ หมู่ที่..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์ โทรสาร..... มือถือ.....

E-mail.....

สถานที่ทำงาน.....

.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สถานที่จัดส่งเอกสาร ที่อยู่บ้าน สถานที่ทำงาน

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าชำระค่าสมาชิกแล้ว

โดย 1. เงินสด

2. โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย”

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย เลขที่บัญชี 045-5-81619-5

3. เช็คขีดคร่อม สั่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย”

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมทุกประการ

ลงนาม

(.....)

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

สำหรับกรรมการสมาคม

1. อนุมัติให้เป็นสมาชิกของสมาคมได้

วันที่

ลงนาม

2. รับเข้าเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ

(นายกสมาคม ฯ)

เลขที่ทะเบียน

วันที่.....

ลงนาม

(นายทะเบียน)