ใบสมัครสมาชิกจุลสาร / ใบแสดงความจำนงเพื่อขอรับ “จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียฯ”

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 .... อำเภอ ....

จังหวัด .... รหัสไปรษณีย์ ....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 1) .... 2) .... 3) ....

E-Mail ที่ติดต่อได้ ....

มีความประสงค์ขอรับ “จุลสารชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย” จำนวน..........เล่ม โดย

☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก (จุลสารกำหนดออกปีละ 3 เล่ม)

☐ แนบแสตมป์ 5 บาท จำนวน 3 ดวง ต่ออายุสมาชิก 1 ปี **(สำหรับผู้ป่วย)**

☐ โอนเงินค่าจัดส่ง 50 บาท / 1 ปี **(บุคคลทั่วไป)**

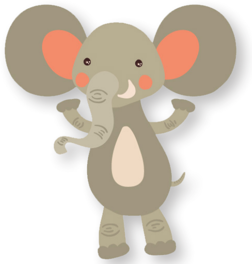
กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกจุลสาร / ใบขอรับจุลสารฯ พร้อมแนบ แสตมป์ หรือสำเนาการโอนเงินมาที่

น.ส.ดาริกา สีเลื่อม / น.ส.อรินทร ปัจฉิมพิหงค์

มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทยฯ

ตึกอานันทมหิดล ชั้น 9 โรงพยาบาลศิริราช

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

หมายเหตุ

- การโอนเงินค่าจัดส่งจุลสารฯ เข้าบัญชี ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช
  เลขที่บัญชี 016-2-37067-6 ชื่อบัญชี “มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทยฯ”
- สามารถ download ใบสมัคร/ใบแสดงความจำนงได้ที่ www.thalassemia.or.th
- สอบถามเพิ่มเติมที่ โทร. 0-2419-8329, 0-2412-9758 E-mail: thalassemia.tft@gmail.com