



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. ....

### เรียนเลขาธิการสมาคมฯ

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ 1,500 บาทของสมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย โดยมีข้อมูลส่วนตัวดังต่อไปนี้

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

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

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

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

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

E-mail.(กรุณาเขียนให้ชัดเจน) .....

สถานที่ทำงาน.....

.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

สถานที่จัดส่งเอกสาร

ที่อยู่บ้าน

สถานที่ทำงาน

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าชำระค่าสมาชิกแล้ว

โดย โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย”

ธนาคารไทยพาณิชย์สาขาสภากาชาดไทย เลขที่บัญชี 045-581619-5

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมทุกประการ

ลงนาม .....

(.....)

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

### สำหรับกรรมการสมาคม

1. อนุมัติให้เป็นสมาชิกของสมาคมได้

วันที่ .....

ลงนาม .....

2. รับเข้าเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพ

(นายกสมาคมฯ)

เลขที่ทะเบียน .....

วันที่.....

ลงนาม .....

(นายทะเบียน)