



## ใบสมัครสมาชิกวารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง).....  สมัครใหม่  ต่ออายุสมาชิก

ที่อยู่ (สำหรับส่งวารสาร)

สถานที่ / เลขที่..... ตำบล / แขวง .....

อำเภอ / เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกวารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต

ประเภท  1 ปี = 300 บาท  ตลอดชีพสมาชิก = 3,000 บาท

หมายเหตุ : กำหนดออกวารสาร รายสามเดือน ปีละ 4 ฉบับ (\*\*ราคาสมัครรวมค่าจัดส่ง\*\*)

### การชำระเงิน

<p>โอนเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขารามาริบัติ ชื่อบัญชี สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย เลขที่ 026-4-13189-7</p> <p>โปรดแนบสำเนาใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินส่งมาที่ สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย เลขที่ 2 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรสาร : 02-716-5978 E-mail : pun1828@hotmail.com</p>	<p>โปรดระบุชื่อ-ที่อยู่ที่ต้องการให้ปรากฏบนใบเสร็จรับเงิน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

วันที่.....