



สมาคมโรคนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep Apnea Association)

ใบสมัครสมาชิกสมาคม

ชื่อ-สกุล

ชื่อ - สกุล (อังกฤษ).....

อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปี เกิด...../...../.....เลขที่บัตรประชาชน.....

อาชีพ แพทย์ (ระบุสาขาเฉพาะทาง).....เลขที่ ว.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....จากสถาบัน.....พ.ศ.(จบการศึกษา).....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ติดต่อ

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ สมาชิกจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากสมาคม รับสิทธิประโยชน์จากการลงทะเบียนงานประชุมวิชาการ

ส่งใบสมัครมาที่ :สมาคม โรคนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ

ศูนย์นันทรักษ์ศิริราช โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ ๒ ถนนวังหลัง

แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้รับใบสมัครวันที่.....หลักฐานการชำระเงิน.....

อนุมัติเข้าเป็นสมาชิกวันที่.....

..... (เลขที่การสมาคมฯ)