



ใบสมัครสมาชิก  
สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้าชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_

ที่ทำงาน \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

สนใจสมัครเป็นสมาชิกของ สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย

พร้อมทั้งส่งค่าสมาชิกตลอดชีพ 2,000 บาท โดยจ่ายเป็น

- เงินสด  
 โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย”

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่บัญชี 051-246168-7

- เช็คขีดคร่อม ในนามของ “สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย”

(เช็คต่างจังหวัด เพิ่มค่าธรรมเนียมอีก 30 บาท)

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของ สมาคม ฯ ทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัคร \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

สามารถส่งใบสมัครมาทางไปรษณีย์

สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร 02-7166534 โทรสาร 02-7166535 Email: [info@pidst.or.th](mailto:info@pidst.or.th) www.pidst.or.th

อนุมัติให้เป็นสมาชิกสมาคม ฯ

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

เลขที่สมาชิก \_\_\_\_\_

นายกสมาคม \_\_\_\_\_ นายทะเบียน \_\_\_\_\_



สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ 02-7166534 โทรสาร 02-7166535 Email: [info@pidst.or.th](mailto:info@pidst.or.th) [www.pidst.or.th](http://www.pidst.or.th)