



ใบสมัครสมาชิก
สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้าชื่อ _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน _____

ที่ทำงาน _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ _____ E-mail _____

สนใจสมัครเป็นสมาชิกของ สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

พร้อมทั้งส่งค่าสมาชิกตลอดชีพ 2,000 บาท โดยจ่ายเป็น

- เงินสด
 โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย”

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่บัญชี 051-246168-7

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของ สมาคม ฯ ทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัคร _____

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สามารถส่งใบสมัครมาทางไปรษณีย์ / [Email: info@pidst.or.th](mailto:info@pidst.or.th)

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

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