



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 :สมาคมโรคนอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ
1588/50 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
หรือ xiratxirat@gmail.com (โทร 086-3656314)

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

..... (เลขที่การสมาคมฯ)