

แบบฟอร์มสมัครสมาชิก
แผนทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด
ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด
ปีงบประมาณ 2561

1. **ข้อมูลทั่วไป** (กรุณาเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจนและครบถ้วน) สมาชิกเก่า สมาชิกใหม่
- ชื่อสถาบัน / โรงพยาบาล :
- ชื่อห้องปฏิบัติการ/หน่วยงาน : ขนาดเตียง : เตียง
- ที่อยู่ :
- โทรศัพท์ : โทรสาร:
- (กรุณาแก้ไขข้อมูลข้างบนให้ถูกต้องและครบถ้วน)

2. **หัวหน้าห้องปฏิบัติการ**
- ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว) ตำแหน่ง
- โทรศัพท์ : โทรสาร: E-mail :
- ผู้ติดต่อประสานงานได้สะดวก**
- ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว) ตำแหน่ง
- โทรศัพท์ : โทรสาร: E-mail :

3. **ความประสงค์ในการสมัครเข้าร่วมแผนฯ (ค่าธรรมเนียม 20,000.- บาท/ปี)**
- เข้าร่วม ไม่เข้าร่วม
- ได้รับการสนับสนุนจาก.....
- ห้องปฏิบัติการ / โรงพยาบาล ชำระค่าสมัครเอง
- ลงชื่อผู้ส่งแบบฟอร์มสมัครและชำระค่าธรรมเนียม
- (.....)
-/...../.....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ คุณกนกวรรณ เจื่อนจันทร์ทอง โทรศัพท์ 02-9510000 ต่อ 99190
 กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมสมาชิก กลับมาที่

Email : eqa.hivvl@gmail.com

โปรดตอบกลับภายในวันที่ 29 ธันวาคม 2560