

สมาชิกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (แพทย์)
กรรณารอกชื่อ ที่อยู่ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์)

ชื่อ นามสกุล

เลขใบประกอบวิชาชีพ..... เลขที่ ส.ต.ท.

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ หมู่บ้าน ซอย

ถนน ตำบล. อำเภอ.

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

First name Last name

Address

.....

..... Postal Code

Telephone (Home) Telephone (Office)

Mobile Fax

E-mail

สถานที่ทำงานปัจจุบันท่านทำงานอยู่ที่ โรงพยาบาล

กุมารแพทย์

อายุรแพทย์

ท่านยินยอมเปิดเผย E-mail Address ของท่านให้กับหน่วยงานจากต่างประเทศที่ขอมมา หรือไม่

ยินยอม

ไม่ยินยอม