



ใบสมัครสมาชิกระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้โลหิต (National Hemovigilance)

ชื่อโรงพยาบาล/หน่วยงาน

ที่อยู่ เลขที่ ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

ชื่อผู้รับผิดชอบระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้โลหิต

1. ระดับบริหาร (ผู้อำนวยการฯ/ผู้บริหารระดับสูง)

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์..... E-mail.....

2. ระดับปฏิบัติ (แพทย์)

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์..... E-mail.....

3. ระดับปฏิบัติ (เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด)

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์..... E-mail.....

ลงชื่อผู้ยื่นใบสมัคร.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ส่งใบสมัครได้ที่

งานประสานงานวิชาการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

ชั้น 8 อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ

ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 0 2252 4106-9 ต่อ 1821

โทรสาร 0 2252 4162