



ใบสมัครสมาชิก ชมรมผู้บริจาคโลหิต 100 ครั้ง

รูปถ่ายปัจจุบัน
ขนาด 1 นิ้ว
จำนวน 3 รูป

ชื่อ _____ นามสกุล _____
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี
อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____

ที่ทำงาน _____ ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____ หมู่อโลหิต _____
บัตรประจำตัวผู้บริจาคโลหิตเลขที่ _____
บริจาคโลหิตครั้งแรก ที่ _____ เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
บริจาคโลหิตครบ 100 ครั้ง ที่ _____ เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หมายเหตุ 1. โปรดระบุสถานที่ติดต่อที่สะดวกที่สุด โดยใช้เครื่องหมาย 4

ที่ทำงาน ที่อยู่ปัจจุบัน

2. กรณีเปลี่ยนชื่อ หรือ นามสกุล แจ้งชมรมผู้บริจาคโลหิต 100 ครั้ง ศูนย์บริการ
โลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ถ.อังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หรือติดต่อ คุณสุรางค์
เลิศดำรงศักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1812 , 0-1258-6301

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ

ทะเบียนสมาชิก เลขที่ _____ เป็นสมาชิกรุ่นที่ _____ บัตรสมาชิก

เลขที่ _____

รับบัตรเอง วันที่ _____ จัดส่งบัตร วันที่ _____

อื่นๆ _____