



# ใบสมัครสมาชิก ชมรมผู้บริจาคโลหิต 100 ครั้ง

- รูปถ่ายปัจจุบัน  
ขนาด 1 นิ้ว  
จำนวน 3 รูป
- สำเนาบัตรผู้  
บริจาคโลหิต ,  
บัตรประชาชน

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

หรือ ติดต่อ คุณสุรางค์ เลิศดำรงศักดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1812

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ

ทะเบียนสมาชิก เลขที่ \_\_\_\_\_ เป็นสมาชิกรุ่นที่ \_\_\_\_\_ บัตรสมาชิก

เลขที่ \_\_\_\_\_

รับบัตรเอง วันที่ \_\_\_\_\_ จัดส่งบัตร วันที่ \_\_\_\_\_

อื่นๆ \_\_\_\_\_