



ใบสมัครสมาชิก ชมรมผู้ป่วยโรคหืด



1. ข้อมูลเฉพาะบุคคล

ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....
ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
สถานที่ทำงาน.....
.....
อีเมล..... Facebook.....

2. ข้อมูลประวัติส่วนตัว

2.1 ท่านเป็นโรคหืดหรือไม่

เป็น ไม่เป็น

2.2 ปัจจุบันรักษาที่โรงพยาบาล.....

2.3 บุคคลในครอบครัวเป็นโรคหอบหืดด้วยหรือไม่

มี ได้แก่.....

ไม่มี

กรอกข้อมูลสมัครสมาชิกส่งกลับที่

มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทยและชมรมผู้ป่วยโรคหืด

1281 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2617-0649 โทรสาร 0-2617-0649