

**การสมัครสมาชิกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย**

คำนำหน้าชื่อ  นพ.  พญ.  นาย  นาง  นางสาว  อื่นๆ

ชื่อ .....นามสกุล .....

วัน เดือน ปีเกิด .....

ที่อยู่(ส่งเอกสาร) .....

.....

สถานที่ทำงาน .....

.....

มือถือ .....

Email: .....

**การชำระเงิน**

อัตรา 1,000 บาท ตลอดชีพ

บัญชีออมทรัพย์ สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

ธนาคารกสิกรไทย สาขาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 623-2-17467-4