

กรุณากรอกเป็นภาษาอังกฤษ

Last name: .....

First name: .....

E-mail address: .....

Hospital: .....

Membership status: (เลือกระหว่าง permanent หรือ full member)

.....Permanent member (สำหรับสมาชิกถาวรของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย)

.....Full member (สำหรับสมาชิกรายปีของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย)

กรอกเอกสารและส่งมายัง สำนักงานสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 4 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กทม. 10310

โทรศัพท์ 02-7166181 , 02-7166184 , 02-7166661-4 ต่อ 4001 โทรสาร. 02-7166183

E-Mail: [webmaster@thai-transplant.org](mailto:webmaster@thai-transplant.org)

---