

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งเต้านมประจำปี 2560

โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ถนนพญาไท

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
สมาชิกสังกัด.....ตำแหน่ง/สายข่าว.....
โทรศัพท์ (02).....โทรสาร(02).....มือถือ.....
E-mail :

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการดังกล่าว

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่.....

รายการตรวจ

- ตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 15 ท่าน
หมายเหตุ : ตรวจได้ทุกวัน กรุณานัดคิวตรวจอัลตราซาวด์ ที่ห้อง X-RAY โทรศัพท์ 02-684-5065
- ตรวจมะเร็งเต้านม จำนวน 25 ท่าน (อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป)
หมายเหตุ : ตรวจได้เฉพาะวันหยุดเท่านั้น กรุณาโทรนัดเวลาตรวจล่วงหน้าให้แก่คนผู้ป่วย
นอก OPD โทรศัพท์ 02-684-5156

สถานที่ตรวจ

: โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ ผลการตรวจจะเป็นแบบA4 ส่งตรงถึงผู้เข้ารับการตรวจตามที่
อยู่ที่แจ้งไว้กับทางโรงพยาบาลค่ะ

เอกสารประกอบการตรวจ

- 1.บัตรประชาชนตัวจริง
2. บัตรกำนัล (มารับที่สมาคมฯหลังจากประกาศปิดรับสมัครและประกาศรายชื่อผู้ได้รับสิทธิ์ตรวจสุขภาพ
www.econmass.com)

เงินประกัน จำนวน 1,000 บาท คืนหลังจากท่านทำการตรวจเสร็จสิ้นแล้ว **โอน** ชื่อบัญชี นางสาวธันวาท ภายอุ้ม ธนาคาร
กรุงศรีอยุธยา เลขที่ 395-1-24824-6 สาขาตึกข้าง (พร้อมเพย์ 0890358245) ให้สิทธิ์สำหรับสมาชิกที่ส่งใบตอบรับ
พร้อมชำระเงินประกันครบถ้วน

เปิดรับสมัครจนกว่าจะเต็มตามจำนวน 40 ท่านและชำระเงินประกันเรียบร้อยแล้ว

กรุณาส่งใบตอบรับมาที่ Email : econmass@gmail.com ยืนยันการส่งเอกสารได้ที่ โทร.08-9035-8245