 ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ

สำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ

สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

**ข้าพเจ้า** ( ) นาย ( ) นาง ( ) นางสาว…………………………………………....................................อายุ................ปี

**ที่อยู่ที่ติดต่อได้** เลขที่................หมู่ที่...........ซอย................................ถนน....................................แขวง.......................................

เขต.......................................จังหวัด.......................................รหัสไปรษณีย์.............................โทรศัพท์........................................

โทรสาร..................................โทรศัพท์มือถือ.........................................E-mail…………………………………………………..

**ที่ทำงาน** ( ) โรงพยาบาล..........................................................................................................................................................

( ) บริษัท..................................................................................................................................................................

**ที่อยู่ที่ทำงาน** เลขที่.................หมู่ที่............ซอย...............................ถนน.................................แขวง..............................................

เขต.....................................จังหวัด......................................รหัสไปรษณีย์..............................โทรศัพท์..........................................

**ได้รับวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร** สาขาวิชา ( ) อายุรศาสตร์ ( ) อายุรศาสตร์ประสาทวิทยา ( ) โสต ศอ นาสิกวิทยา

( ) กุมารเวชศาสตร์ ( ) จิตเวชศาสตร์

**ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดถึงคุณสมบัติของผู้ขอเข้ารับการสอบนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว และขอยืนยันว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติดังข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้**

( ) ได้รับวุฒิบัตรสาขา Sleep medicine จากสถาบันที่เป็นที่ยอมรับโดยสากลภายใน 10 ปีที่ผ่านมา

( ) มีประสบการณ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคจากการหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 250 ราย และอ่านผลการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองไม่น้อยกว่า 250 ราย

**จึงขอสมัครเข้ารับการสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญสำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้**

( ) สำเนาวุฒิการศึกษา / อนุมัติบัตร ( พร้อมรับรองสำเนา )

( ) สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปีที่ ผ่านมา(พร้อมรับรองสำเนา)

( ) หลักฐานการเข้าร่วมอบรมเตรียมความพร้อมการเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือการประชุมวิชาการประจำปี โดยสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)

( ) สำเนาวุฒิบัตร Sleep medicine จากสถาบันที่ยอมรับโดยสากล ( พร้อมรับรองสำเนา ) (ถ้ามี )

( ) หนังสือรับรองประสบการณ์ในการตรวจและแปลผลการตรวจการนอนหลับ จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ หรือหัวหน้างาน (ฉบับจริง)

( ) หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความข้างต้นดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าได้มีการรับรองข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

**ข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนง**

( ) มารับใบประกาศฯ ด้วยตนเองที่สำนักเลขาธิการในเวลาราชการ (ไม่คิดค่าบริการ)

( ) ให้ส่งใบประกาศฯ ให้ข้าพเจ้าทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ข้างต้น (คิดค่าบริการ 50 บาท)

**ลงชื่อ**.......................................................................

(...............................................................................)

**วันที่**..........................................................................

**หมายเหตุ** : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล