 ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ**ระดับชำนาญการ**

**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..........................................

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ

**ระดับชำนาญการ** พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

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

( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)

( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับระดับพื้นฐานอย่างน้อย 1 ปี (พร้อมรับรองสำเนา)

( ) ใบรับรองประสบการณ์ในการอ่านผลการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองไม่น้อยกว่า 250 ราย จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ หรือหัวหน้างาน (ฉบับจริง)

( ) หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

**ข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนง**

( ) มารับใบประกาศฯ ด้วยตนเองที่สำนักเลขาธิการในเวลาราชการ (ไม่คิดค่าบริการ)

( ) ให้ส่งใบประกาศฯ ให้ข้าพเจ้าทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ข้างต้น (คิดค่าบริการ 50 บาท)

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

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

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

**หมายเหตุ** : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล