 ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ

 สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ**ระดับพื้นฐาน**

**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**ระดับพื้นฐาน** พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

 ( ) สำเนาวุฒิการศึกษา ( ≥ วุฒิม.6 พร้อมรับรองสำเนา )

 ( ) ใบรับรองการทำงานวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี

 (เฉพาะผู้สมัครที่ใช้วุฒิ ม.6 ) ฉบับจริง

( ) สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปีที่ผ่านมา(พร้อมรับรองสำเนา)

( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)

( ) ใบรับรองประสบการณ์ในการทำการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 50 ราย(ฉบับจริง) หรือ สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านหลักสูตรฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย (พร้อมรับรองสำเนา)

( ) หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

**ข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนง**

 ( ) มารับใบประกาศฯ ด้วยตนเองที่สำนักเลขาธิการในเวลาราชการ (ไม่คิดค่าบริการ)

 ( ) ให้ส่งใบประกาศฯ ให้ข้าพเจ้าทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ข้างต้น (คิดค่าบริการ 50 บาท)

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

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

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

**หมายเหตุ** : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล