



หนังสือรับรองงานด้านอายุรศาสตร์การนอนหลับ

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....  
 ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล/สถาบัน.....  
 ขอรับรองว่า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....  
 ตำแหน่ง.....

ทำงานด้านอายุรศาสตร์การนอนหลับตั้งแต่ พ.ศ.....เป็นเวลา.....ปี  
 (เกณฑ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี)

ข้อมูลงานด้านอายุรศาสตร์การนอนหลับของสถาบันและประสบการณ์การทำงาน ดังตารางนี้

งานด้านอายุรศาสตร์การนอนหลับ	ยอดแต่ละปีของสถาบัน					ยอดรวมของสถาบัน (จำนวนเคส)	ประสบการณ์การทำงาน (จำนวนเคส)	เกณฑ์ต่อ 5 ปี
	พ.ศ. 2559	พ.ศ. 2560	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563			
การดูแลผู้ป่วยนอก (visit)								300
การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (PAP therapy) (ราย)								70
การ scoring และแปลผล PSG (ราย)								250
การติดตั้งอุปกรณ์ polysomnography (ราย)								5
การแปลผลการตรวจ MSLT หรือ MWT (ราย)								7

หมายเหตุ: พ.ศ. คือ นับตั้งแต่กรกฎาคมปีนี้-มิถุนายนปีถัดไป

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความข้างต้นดังกล่าวเป็นความจริง หากปรากฏภายหลังว่าได้มีการรับรองข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่สมาคมนิทราเวชศาสตร์หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 วันที่.....