



แบบขอรับ

“การตรวจประเมินคุณภาพ ศูนย์ตรวจการนอนหลับ”

โรงพยาบาล/หน่วยงาน

ชื่อ.....

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

E-Mail:.....

ผู้ประสานงาน

ชื่อ-นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขโทรสาร.....

E-Mail:.....

มีความประสงค์ขอเข้ารับการตรวจประเมินคุณภาพของศูนย์ตรวจการนอนหลับ กับทางสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรุณาส่งแบบตอบรับมาที่

สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

สำนักงานเลขานุการ: ศูนย์โรคการนอนหลับ ชั้น 7 อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ 270 โรงพยาบาลรามาริบัติ
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ประสานงาน: นางสาวธนภรณ์ รัตนทากุล (เลขาสมาคมฯ) โทร.(062)436-3887, (096)712-0005

E-mail:sleepsst@gmail.com