



## ใบสมัคร Sleep Technician-Fast Track program

โครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ

สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

ครั้งที่ 5

(วันที่ 12 ธันวาคม 2563 ถึง 12 มีนาคม 2564)

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....

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

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

ที่ทำงาน  โรงพยาบาล.....

บริษัท.....

ที่อยู่ทำงาน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....

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

มีความประสงค์ขอสมัครเข้าโครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2 พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาวุฒิการศึกษา (พร้อมรับรองสำเนา)

และข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนงจะเลือกสถานที่ที่ต้องการเข้ารับการอบรมมากที่สุด เรียงจากมากที่สุด (1) ไปน้อยที่สุดดังนี้ (5) (โปรดใส่ตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยมหน้าสถานที่)

ศูนย์นันทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ศูนย์นทรักษ์ศิริราช โรงพยาบาลศิริราช

ศูนย์โรคการนอนหลับ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์สหเวชศาสตร์การนอนหลับสุรศักดิ์มนตรี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**\*\*หมายเหตุ: โดยการตัดสินใจของคณะกรรมการเป็นที่สิ้นสุด ในการพิจารณาสถาบันฝึกอบรมให้กับผู้สมัคร\*\***

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

### อัตราค่าสมัคร

- 50,000 บาท สำหรับผู้เข้าอบรมจากสถาบันรัฐบาล
- 75,000 บาท สำหรับผู้เข้าอบรมจากสถาบันเอกชน

\*\* สามารถเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามสิทธิ์ ตามระเบียบของทางราชการ โดยจะต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาและไม่ถือเป็นวันลา \*\*

### การชำระเงิน

- เงินโอนผ่านทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย  
ธนาคารกรุงเทพ สาขาจตุจักร บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000
- เช็คสั่งจ่าย ในนาม “ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย”

เช็คธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่เช็ค.....บริษัท.....

### วิธีการส่งเอกสารสมัคร

1. ส่งเอกสารลงทะเบียนพร้อมสแกนหลักฐานการโอนเงิน มายัง E-mail: [annualmeeting.sst@gmail.com](mailto:annualmeeting.sst@gmail.com)

**\*\*\*การลงทะเบียนของท่านจะเสร็จสมบูรณ์ เมื่อได้รับอีเมลยืนยันจากทางคณะผู้จัดงาน ภายใน 72 ชั่วโมง หากยังไม่ได้รับการยืนยัน กรุณาส่ง E-mail ใหม่อีกครั้ง หรือติดต่อมาที่ คุณชนภรณ์ รัตนทากุล โทรศัพท์ 096-712 0005, 062-436 3887\*\*\***

2. ส่งเอกสารการลงทะเบียนทางไปรษณีย์ พร้อมหลักฐานการชำระเงิน มายัง สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

สำนักงานเลขานุการ: ศูนย์โรคการนอนหลับ ชั้น 7 อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400