



# ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับระดับพื้นฐาน

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.....

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับระดับพื้นฐาน พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาวุฒิการศึกษา (  $\geq$  วุฒิ ม.6 พร้อมรับรองสำเนา )
  - ก.ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
  - ข.มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า และ มีเอกสารที่ได้ปฏิบัติงานทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี
- ( ) ใบรับรองการทำงานวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี  
(เฉพาะผู้สมัครที่เข้าวุฒิ ม.6) ฉบับจริง
- ( ) สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปีที่ผ่านมา(พร้อมรับรองสำเนา)
- ( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)
- ( ) ใบรับรองประสบการณ์ในการทำตรวจการนอนหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 50 ราย(ฉบับจริง) หรือ สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านหลักสูตรฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย (พร้อมรับรองสำเนา)
- ( ) หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

ข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนง

- ( ) มารับใบประกาศฯ ด้วยตนเองที่สำนักเลขานุการในเวลาราชการ (ไม่คิดค่าบริการ)
- ( ) ให้ส่งใบประกาศฯ ให้ข้าพเจ้าทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ข้างต้น (คิดค่าบริการ 50 บาท)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....