

## ใบรับรองประสบการณ์ในการตรวจการนอนหลับ

วันที่.....

- ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว .....ในฐานะ
- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ
- หัวหน้าห้องปฏิบัติการการตรวจการนอนหลับ หรือหัวหน้างาน

ปฏิบัติงานที่  โรงพยาบาล.....

บริษัท.....

ที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ขอรับรองว่า  นาย  นาง  นางสาว.....

- ได้ทำการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 50 ราย หรือ ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย
- มีประสบการณ์ในการ อ่านผลการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองไม่น้อยกว่า 250 ราย
- มีประสบการณ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคจากการหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 250 ราย และ อ่านผลการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองไม่น้อยกว่า 250 ราย โดยข้าพเจ้า สามารถแสดงรายชื่อผู้ป่วยหรือหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ทันทีที่มีการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความข้างต้นดังกล่าวเป็นความจริง หากปรากฏภายหลังว่าได้มีการรับรองข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....