



ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ

ระดับชำนาญการ

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.....

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ
ระดับชำนาญการ พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- () สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปีที่
ผ่านมา(พร้อมรับรองสำเนา)
- () สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคม
โรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)
- () สำเนาใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับระดับพื้นฐานอย่างน้อย 1 ปี
(พร้อมรับรองสำเนา)
- () ใบรับรองประสบการณ์ในการอ่านผลการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองไม่น้อยกว่า 250 ราย จากแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ หรือหัวหน้างาน (ฉบับจริง)
- () หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

ข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนง

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

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

กำหนดการรับสมัครสอบ

ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม 2565 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 โดยผู้สมัครต้องยื่นเอกสารทั้งหมดให้ครบสมบูรณ์ก่อนวันปิดรับสมัคร (ปิดรับสมัครเวลา 16.30)

วิธีการสมัคร

- ส่งเอกสารการสมัครสอบ มาที่สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย
ทาง E-mail: sleepsst@gmail.com
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณชนภรณ์ (เลขาสมาคมฯ) โทร.096-712 0005, 062-436 3887
หมายเหตุ: เนื่องจากเกิดสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 สมาคมฯ ขอสงวนสิทธิ์การส่งเอกสารเพียงช่องทางเดียว

ค่าสมัครสอบ

จำนวน 4,000 บาท รายละเอียดดังนี้

- ค่าสอบภาคทฤษฎี (MCQ) 1,500 บาท
- ค่าสอบภาคปฏิบัติ (Scoring PSG) 2,500 บาท

หมายเหตุ: ไม่มีอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าสอบ

วิธีการชำระเงิน

1. โอนเงินทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ธนาคารกรุงเทพ สาขาสวนจตุจักร บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000
2. เช็ค สั่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย”

การแจ้งสิทธิ์เข้ารับการสอบ

หลังจากสมาคมฯ ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ และพบว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติต่าง ๆ ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้เรียบร้อยแล้ว สมาคมฯ จะแจ้งสิทธิ์เข้ารับการสอบไปยังผู้สมัครทาง E-mail และประกาศใน Website สมาคมฯ (www.sst.or.th) **ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565**