



## แบบฟอร์มขอรับการตรวจ

### Accredit Sleep Center

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถาบัน.....

หน่วยงาน.....

แพทย์หัวหน้างาน (Sleep specialist).....

Sleep specialist จำนวน.....คน

Sleep technician (Basic) จำนวน.....คน

Sleep technician (Advance) จำนวน.....คน

ผู้ประสานงาน..... โทรศัพท์.....

E-mail:.....

#### 2. ข้อมูลนัดหมายที่ท่านสะดวก

• วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ช่วงเวลา.....

• วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ช่วงเวลา.....

หมายเหตุ: เวลาดำเนินการตรวจโดยประมาณ 3 ชั่วโมง

ส่งแบบตอบรับที่ E-mail: [sleepsst@gmail.com](mailto:sleepsst@gmail.com)

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม คุณชนภรณ์ รัตนทากุล (เลขาสมาคมฯ) โทร. 096-712 0005