



ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ

ระดับพื้นฐาน

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
ระดับพื้นฐาน พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- () สำเนาวุฒิการศึกษา (\geq วุฒิ ม.6 พร้อมรับรองสำเนา)
 - ก. ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - ข. มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า และ มีเอกสารที่ได้ปฏิบัติงานทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- () ใบรับรองการทำงานวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี
(เฉพาะผู้สมัครที่ใช้วุฒิ ม.6) ฉบับจริง
- () สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปี นับ
จากวันที่ได้รับประกาศฯ (พร้อมรับรองสำเนา)
- () สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคม
โรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปี นับจากวันที่ได้รับประกาศฯ (พร้อมรับรองสำเนา)
- () ใบรับรองประสบการณ์ในการทำตรวจการนอนหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 50 ราย จากแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ หรือหัวหน้างาน (ฉบับจริง) หรือ สำเนาใบประกาศนียบัตร โครงการฝึกอบรม
เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับหลักสูตร 3 เดือน ของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย (พร้อมรับรอง
สำเนา)
- () หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

กำหนดการรับสมัครสอบ

ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2565 ถึง วันที่ 24 มกราคม 2566

วิธีการสมัคร

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

ค่าสมัครสอบ

จำนวน 4,000 บาท รายละเอียดดังนี้

- ค่าสอบภาคทฤษฎี (MCQ) 1,500 บาท
- ค่าสอบภาคปฏิบัติ (OSCE) 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 27 มกราคม 2566**