



ใบสมัคร Sleep Technician-Fast Track program

โครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ

สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย

หลักสูตร 3 เดือน ครั้งที่ 8

(วันที่ 7 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 7 มกราคม 2567)

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ที่ทำงาน โรงพยาบาล.....

บริษัท.....

ที่อยู่ออกใบเสร็จรับเงิน

ชื่อหน่วยงาน/บุคคล.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....TAX ID:.....

มีความประสงค์ขอสมัครเข้าโครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 7 พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา)

สำเนาวุฒิการศึกษา (พร้อมรับรองสำเนา)

และข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนงเลือกสถานที่ที่ต้องการเข้ารับการอบรมมากที่สุด เรียงจากมากที่สุด (1) ไปน้อยที่สุด (5) ดังนี้ (โปรดใส่ตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยมหน้าสถานที่)

ศูนย์นิตราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ศูนย์นิตรรักษ์ศิริราช โรงพยาบาลศิริราช

ศูนย์โรคการนอนหลับ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์สหเวชศาสตร์การนอนหลับสุรศักดิ์มนตรี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ศูนย์โรคการนอนหลับ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

****หมายเหตุ: โดยการตัดสินใจของคณะกรรมการเป็นที่สิ้นสุด ในการพิจารณาสถาบันฝึกอบรมให้กับผู้สมัคร****

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

อัตราค่าสมัคร

- 50,000 บาท สำหรับผู้เข้าอบรมจากสถาบันรัฐบาล
- 75,000 บาท สำหรับผู้เข้าอบรมจากสถาบันเอกชน

** สามารถเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามสิทธิ์ ตามระเบียบของทางราชการ โดยจะต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาและไม่ถือเป็นวันลา **

การชำระเงิน

- เงินโอนผ่านทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย
ธนาคารกรุงเทพ สาขาจตุจักร บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000

- เช็คสั่งจ่าย ในนาม “ สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย”

เช็คธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่เช็ค.....บริษัท.....

วิธีการส่งเอกสารการสมัคร

1. ส่งเอกสารลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการชำระเงิน โดย scan (pdf.)

มายัง E-mail: sleepsst@gmail.com

หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อได้ที่

คุณชนภรณ์ รัตนทากุล (เลขาสมาคมฯ)

โทรศัพท์ 096-712 0005, 062-436 3887

สำนักงานเลขาธิการ: ศูนย์นิทราเวช อาคารผู้ป่วยในพิเศษ 14 ชั้น ชั้น 5

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330