



ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ

สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ

ระดับพื้นฐาน

ข้าพเจ้า () นาย () นาง () นางสาว.....อายุ.....ปี

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

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

ที่ทำงาน () โรงพยาบาล.....

() บริษัท.....

ข้อมูลออกใบเสร็จรับเงิน ในนาม (ระบุชื่อบุคคลหรือหน่วยงาน).....

ที่อยู่ (ระบุ)

.....โทรศัพท์ (ถ้ามี) Tax ID:(ถ้ามี).....

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับระดับพื้นฐาน พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- () สำเนาวุฒิการศึกษา (\geq วุฒิ ม.6 พร้อมรับรองสำเนา)
 - ก. ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 - ข. มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า และ มีเอกสารที่ได้ปฏิบัติงานทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี
- () ใบรับรองการทำงานวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี
(เฉพาะผู้สมัครที่ใช้วุฒิ ม.6) ฉบับจริง
- () สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปีที่ผ่านมา(พร้อมรับรองสำเนา)
- () สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)
- () ใบรับรองประสบการณ์ในการทำการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 50 ราย(ฉบับจริง) หรือ สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านหลักสูตรฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย (พร้อมรับรองสำเนา)
- () หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล

กำหนดการรับสมัครสอบ

ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้สมัครต้องยื่นเอกสารทั้งหมดให้ครบสมบูรณ์ ก่อนวันปิดรับสมัคร (ปิดรับสมัครเวลา 16.30)

วิธีการสมัคร

- ส่งเอกสารการสมัครสอบ มาที่สมาคม โรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ทาง
E-mail: sleepsst@gmail.com

หมายเหตุ: ภายใน 24 ชั่วโมง หากท่านนำส่งเอกสารการสมัครสอบเรียบร้อยแล้วแล้วยังไม่ได้
รับการตอบกลับจากทางสมาคมฯ ขอให้ท่านประสานงานที่ คุณชนภรณ์ (เลขาสมาคมฯ)
โทร. 096-712 0005

ค่าสมัครสอบ

จำนวน 4,000 บาท รายละเอียดดังนี้

- ค่าสอบภาคทฤษฎี (MCQ) 1,500 บาท
- ค่าสอบภาคปฏิบัติ (OSCE) 2,500 บาท

หมายเหตุ: ไม่มีอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าสอบ

วิธีการชำระเงิน

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

การแจ้งสิทธิ์เข้ารับการสอบ

หลังจากสมาคมฯ ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ และพบว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติต่าง ๆ ครบถ้วนตาม
เกณฑ์ที่ระบุไว้เรียบร้อยแล้ว สมาคมฯ จะแจ้งสิทธิ์เข้ารับการสอบไปยังผู้สมัครทาง E-mail และประกาศใน
Website สมาคมฯ (www.sst.or.th) **ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ วันที่ 15 ธันวาคม 2566**