



ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตร

ความรู้ความชำนาญสำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ ประจำปี 2566

ระดับชำนาญการ

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

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

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

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

ที่ทำงาน () โรงพยาบาล.....

ข้อมูลอกใบเสร็จรับเงิน ในนาม (ระบุชื่อบุคคลหรือหน่วยงาน).....

ที่อยู่ (ระบุ)

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

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ ระดับชำนาญการ พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- () สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปีที่ผ่านมา(พร้อมรับรองสำเนา)
- () สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)
- () สำเนาใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับระดับพื้นฐานอย่างน้อย 1 ปี (พร้อมรับรองสำเนา)
- () ใบรับรองประสบการณ์ในการอ่านผลการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองไม่น้อยกว่า 250 ราย จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคจากการหลับ หรือหัวหน้างาน (ฉบับจริง)
- () หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล

กำหนดการสอบ

วันศุกร์ที่ 5 มกราคม 2567 สนามสอบ ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (รายละเอียดดังตารางสอบแนบ)

กำหนดการรับสมัครสอบ

ตั้งแต่วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้สมัครต้องยื่นเอกสารทั้งหมดให้ครบสมบูรณ์ ก่อนวันปิดรับสมัคร (ปิดรับสมัครเวลา 16.30)

วิธีการสมัคร

- ส่งเอกสารการสมัครสอบ มาที่สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ทาง

E-mail: sleepsst@gmail.com

หมายเหตุ: ภายใน 24 ชั่วโมง หากท่านนำส่งเอกสารการสมัครสอบเรียบร้อยแล้ว ยังไม่ได้
รับการตอบกลับจากทางสมาคมฯ ขอให้ท่านประสานงานที่ คุณชนภรณ์ (เลขาสมาคมฯ)

โทร. 096-712 0005

ค่าสมัครสอบ

จำนวน 4,000 บาท รายละเอียดดังนี้

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

หมายเหตุ: ไม่มีอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าสอบ

วิธีการชำระเงิน

- โอนเงินทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ธนาคารกรุงเทพ สาขาสวน
จตุจักร บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000
- 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**