



ใบสมัคร Sleep Technician-Fast Track program  
โครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ  
สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย  
หลักสูตร 3 เดือน ครั้งที่ 9  
(วันที่ 16 พฤศจิกายน 2567 ถึง วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2568)

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 (6) ดังนี้ (โปรดใส่ตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยมหน้าสถานที่)

- ศูนย์นันทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ศูนย์นันทรรักษ์ศิริราช โรงพยาบาลศิริราช
- ศูนย์โรคการนอนหลับ โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ศูนย์โรคการนอนหลับ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
- ศูนย์สหเวชศาสตร์การนอนหลับสุรศักดิ์มนตรี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ศูนย์การนอนหลับธรรมศาสตร์ งานตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

**\*\*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.....

## วิธีการส่งเอกสารการสมัครและกำหนดการรับสมัคร

1. ส่งเอกสารลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการชำระเงิน โดย scan (pdf.)

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

2. เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ 21 ตุลาคม 2567 โดยผู้สมัครต้องยื่นเอกสารทั้งหมดให้ครบสมบูรณ์ก่อนวันปิดรับสมัคร (ปิดรับสมัครเวลา 16.30)

หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อได้ที่

คุณชนภรณ์ รัตนทากุล (เลขาสมาคมฯ)

โทรศัพท์ 096-712 0005, 062-436 3887

สำนักงานเลขานุการ: ศูนย์นิทรรศการ อาคารผู้ป่วยในพิเศษ 14 ชั้น ชั้น 5

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330