

ใบรับรองการทำงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(สำหรับผู้สมัครที่ใช้วุฒิมัธยมศึกษาปีที่ 6)

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว

ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาล.....

บริษัท.....

ที่อยู่สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....

ในฐานะหัวหน้างานของ นาย นาง นางสาว.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว

ได้ผ่านการปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพมาไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยข้าพเจ้า สามารถแสดงหลักฐานที่เกี่ยวข้องได้ทันทีที่มีการร้องขอ

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความข้างต้นดังกล่าวเป็นความจริง หากปรากฏภายหลังว่า ได้มีการรับรองข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....