



# ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญ สำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ

## ระดับชำนาญการ

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

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

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

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

ที่ทำงาน ( ) โรงพยาบาล.....

( ) บริษัท.....

ที่อยู่ทำงาน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง.....

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

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

ข้าพเจ้าขอแจ้งความจำนง

- ( ) มารับใบประกาศฯ ด้วยตนเองที่สำนักเลขานุการในเวลาราชการ (ไม่คิดค่าบริการ)
- ( ) ให้ส่งใบประกาศฯ ให้ข้าพเจ้าทางไปรษณีย์ไปยังที่อยู่ข้างต้น (คิดค่าบริการ 50 บาท)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล