



แบบฟอร์มขอรับการตรวจ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถาบัน.....

หน่วยงาน.....

แพทย์หัวหน้างาน.....

ผู้ประสานงาน.....

โทรศัพท์.....

E-mail:.....

2. ข้อมูลขอนัดหมายที่ท่านสะดวก

- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ช่วงเวลา.....

- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ช่วงเวลา.....

- วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ช่วงเวลา.....

ส่งแบบตอบรับที่ E-mail: sleepsst@gmail.com

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม คุณชนภรณ์ รัตนทากุล (เลขาสมาคมฯ)

โทร. 096-712 0005, 062-436 3887