



## ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตร

ความรู้ความชำนาญสำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ ประจำปี 2566

### ระดับพื้นฐาน

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

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

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

ที่ทำงาน ( ) โรงพยาบาล.....

( ) บริษัท.....

ข้อมูลออกใบเสร็จรับเงิน ในนาม (ระบุชื่อบุคคลหรือหน่วยงาน).....

ที่อยู่ (ระบุ) .....

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

มีความประสงค์ขอสมัครเข้ารับการสอบเพื่อรับใบประกาศนียบัตรความรู้ความชำนาญเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับระดับพื้นฐาน พร้อมทั้งแนบเอกสารดังต่อไปนี้

- ( ) สำเนาวุฒิการศึกษา (  $\geq$  วุฒิ ม.6 พร้อมรับรองสำเนา)
  - ก. ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
  - ข. มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า และ มีเอกสารที่ได้ปฏิบัติงานทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี
- ( ) ใบรับรองการทำงานวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 ปี  
(เฉพาะผู้สมัครที่ใช้วุฒิ ม.6) ฉบับจริง
- ( ) สำเนาหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตรผ่านการอบรมอย่างน้อย Basic Life Support ภายใน เวลา 3 ปีที่ผ่านมา(พร้อมรับรองสำเนา)
- ( ) สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจการนอนหลับ ที่จัดขึ้นโดยสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทยที่ได้รับภายในเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พร้อมรับรองสำเนา)
- ( ) ใบรับรองประสบการณ์ในการทำการตรวจการนอนหลับด้วยตนเองมาไม่น้อยกว่า 50 ราย(ฉบับจริง) หรือสำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านหลักสูตรฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย (พร้อมรับรองสำเนา)
- ( ) หลักฐานการชำระเงินค่าสมัครสอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล

## กำหนดการสอบ

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

## กำหนดการรับสมัครสอบ

ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้สมัครต้องยื่นเอกสารทั้งหมดให้ครบสมบูรณ์ ก่อนวันปิดรับสมัคร (ปิดรับสมัครเวลา 16.30)

## วิธีการสมัคร

- ส่งเอกสารการสมัครสอบ มาที่สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ทาง

E-mail: [sleepsst@gmail.com](mailto: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 (OSCE) 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](http://www.sst.or.th)) **ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ วันที่ 15 ธันวาคม 2566**