



## ใบสมัครสอบเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตร

ความรู้ความชำนาญสำหรับเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ ประจำปีการสอบ 2567

### ระดับชำนาญการ

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

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

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

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

ที่ทำงาน ( ) โรงพยาบาล.....

ข้อมูลออกใบเสร็จรับเงิน ในนาม (ระบุชื่อบุคคลหรือหน่วยงาน).....

ที่อยู่ (ระบุ) .....

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

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

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

**หมายเหตุ :** กรุณาเขียนตัวจริงเพื่อความสะดวกในการติดต่อและเก็บรักษาข้อมูล

## กำหนดการสอบ

วันอังคารที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568 สนามสอบ ณ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (รายละเอียดดังตารางสอบแนบ)

## กำหนดการรับสมัครสอบ

ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ 31 มกราคม 2568 โดยผู้สมัครต้องยื่นเอกสารทั้งหมดให้ครบสมบูรณ์ก่อนวันปีครึ่งสมัคร (ปีครึ่งสมัครเวลา 16.30)

## วิธีการสมัคร

- ส่งเอกสารการสมัครสอบ มาที่สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ทาง

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

**หมายเหตุ:** ภายใน 24 ชั่วโมง หากท่านนำส่งเอกสารการสมัครสอบเรียบร้อยแล้ว ยังไม่ได้รับการตอบกลับจากทางสมาคมฯ ขอให้ท่านประสานงานที่ คุณชนภรณ์ (เลขาสมาคมฯ) โทร. 096-712 0005

## ค่าสมัครสอบ

จำนวน 4,000 บาท รายละเอียดดังนี้

- ค่าสอบภาคทฤษฎี (MCQ) 1,500 บาท
- ค่าสอบภาคปฏิบัติ (Scoring PSG) 2,500 บาท

**หมายเหตุ:** ไม่มีอาหารกลางวันสำหรับผู้เข้าสอบ

## วิธีการชำระเงิน

1. โอนเงินทางธนาคาร ชื่อบัญชี สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย ธนาคารกรุงเทพ สาขาสวนจตุจักร บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 209-304-0000
2. เช็ค สั่งจ่ายในนาม “สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย”

## การแจ้งสิทธิ์เข้ารับการสอบ

หลังจากสมาคมฯ ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ และพบว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติต่าง ๆ ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้เรียบร้อยแล้ว สมาคมฯ จะแจ้งสิทธิ์เข้ารับการสอบไปยังผู้สมัครทาง E-mail และประกาศใน Website สมาคมฯ ([www.sst.or.th](http://www.sst.or.th)) **ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568**