



## แบบฟอร์มขอรับการตรวจ Accredit Sleep Center

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถาบัน.....

หน่วยงาน.....

ชื่อแพทย์หัวหน้างาน (Sleep specialist).....

Sleep specialist: Full time จำนวน.....คน

Part time จำนวน.....คน (เวลาทำงานเฉลี่ย ..... ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

#### Sleep technician (Basic):

Full time จำนวน.....คน

Part time จำนวน.....คน (เวลาทำงานเฉลี่ย ..... ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

#### Sleep technician (Advance)

Full time จำนวน.....คน

Part time จำนวน.....คน (เวลาทำงานเฉลี่ย ..... ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

จำนวนเตียงตรวจ:.....เตียง

ผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....

E-mail:.....

### 2. ข้อมูลขอนัดหมายที่ท่านสะดวก

- วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ช่วงเวลา.....

- วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ช่วงเวลา.....

**หมายเหตุ:** 1. เวลาดำเนินการตรวจโดยประมาณ 3 ชั่วโมง

2. แนบสำเนาประกาศนียบัตรเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับฯ และหลักฐานการอบรม CPR ตามข้อมูลจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ท่านระบุข้างต้น

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

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม คุณชนภรณ์ รัตนทากุล (เลขาสมาคมฯ) โทร. 096-712 0005