



แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจหาชนิดของฮีโมโกลบิน [Hb Typing]
ประจำปีงบประมาณ 2564

1. ข้อมูลทั่วไป (กรุณาเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจนและครบถ้วน)

ชื่อโรงพยาบาล/หน่วยงาน.....
ชื่อห้องปฏิบัติการ.....ชั้น อาคาร
เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ชื่อ-นามสกุลผู้รับผิดชอบ..... โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....
E-mail address Line ID.....

2. มีความประสงค์ให้ออกใบประกาศนียบัตรให้หน่วยงานของท่านในนาม (โปรดระบุ)

.....

3. ท่านมีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

4. หลักการ/เครื่องตรวจวิเคราะห์ที่หน่วยงานท่านใช้: (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 หลักการ)

หลักการ/ เครื่องมือ	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> HPLC	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
ยี่ห้อ	<input type="checkbox"/> Sebia	<input type="checkbox"/> BioRad <input type="checkbox"/> Tosoh
รุ่น	<input type="checkbox"/> Capillarys II <input type="checkbox"/> Capillarys II Flex Piercing <input type="checkbox"/> Minicap <input type="checkbox"/> Minicap Flex Piercing	<input type="checkbox"/> Variant Classic <input type="checkbox"/> HLC-723 G8 <input type="checkbox"/> Variant II

5. กรุณาแนบหลักฐานยืนยันการชำระเงิน เช่น สำเนาใบสำคัญการโอนเงิน เช็คสั่งจ่าย หรืออื่นๆ ในพื้นที่ข้างล่างนี้ แล้วส่งเอกสารฉบับนี้ (เฉพาะหน้าแรก) กลับมายังศูนย์ประเมินคุณภาพฯ ผ่านช่องทาง E-mail หรือ Line ID หรือทางไปรษณีย์ ตามที่ระบุไว้ในหน้า 2 เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการออกใบเสร็จรับเงิน

สำหรับแนบหลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร

หมายเหตุ : สำหรับหน่วยงานที่ใช้เครื่องมือหรือน้ำยาจากบริษัท เมดิทอป จำกัด (Meditop) ไม่ต้องแนบเอกสารการชำระเงินมากับเอกสารฉบับนี้ เนื่องจากทางบริษัทเมดิทอปสนับสนุนค่าสมัครให้ท่านแล้ว

หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 ตุลาคม 2563



ศูนย์ประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์สำหรับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ [AMS CMU EQA Center]
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจหาชนิดของฮีโมโกลบิน [Hb Typing]
ประจำปีงบประมาณ 2564

6. ช่องทางการชำระค่าสมาชิก: ค่าสมาชิก 4,000.- (สี่พันบาท) ต่อปี

โอนเงินผ่านบัญชี ธนาคารกรุงเทพ หมายเลขบัญชี 968-0-00099-0
ชื่อบัญชี ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก สาขา คณะเทคนิคการแพทย์ มช.

ออกเช็คสั่งจ่าย ในนาม “ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก” และส่งมาที่
ศูนย์ประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์สำหรับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ [AMS CMU EQA Center]
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้น 5 อาคาร 1
เลขที่ 110 ถนนอินทวิโรด ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้กลับมายัง ศูนย์ประเมินคุณภาพฯ ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2563

ทาง E-mail: eqa.amscmu@gmail.com

หรือ Line ID: [amscmueqa](https://www.line.me/tv/amscmueqa)



หรือ กรอกแบบฟอร์มสมัครออนไลน์ ผ่านทาง QR code นี้

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ:

ผู้จัดการงานประกันคุณภาพศูนย์ประเมินคุณภาพฯ: ทนพญ. พนิดา ปงปัญญายืน

โทรศัพท์ 082-888-0101

ผู้ประสานงานศูนย์ประเมินคุณภาพฯ: ทนพญ. เสาวณิต ชัยรัตน์วิวงศ์

โทรศัพท์ 082-187-8761