



แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญ ประจำปีงบประมาณ 2565

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. รายการทดสอบความชำนาญที่ต้องการเข้าร่วม (กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่อง)

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1. การตรวจหาชนิดและปริมาณของฮีโมโกลบิน | (4,000 บาท) |
| <input type="checkbox"/> 2. การตรวจคัดกรองฮีโมโกลบินอี | (1,500 บาท) |
| <input type="checkbox"/> 3. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD *เฉพาะวิธี Fluorescent spot (FS) test เท่านั้น | (2,000 บาท) |
| <input type="checkbox"/> 4. การตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง *ยกเว้นเครื่องอัตโนมัติ iSED และเครื่องที่อ่านผลในระยะ lag stage | (2,500 บาท) |
| <input type="checkbox"/> 5. การตรวจปัสสาวะประจำวัน | (2,000 บาท) |
| <input type="checkbox"/> 6. การตรวจปัสสาวะประจำวัน และตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ | (2,500 บาท) |
| <input type="checkbox"/> 7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก (ปัสสาวะประจำวัน, สารน้ำ, การตั้งครรภ์) | (3,000 บาท) |

*รายการที่ 5, 6 และ 7 ต้องเลือกรายการใดรายการหนึ่ง ไม่สามารถสมัครซ้ำกันได้

รวมจำนวน.....รายการ รวมค่าธรรมเนียมสมาชิก.....บาท

3. ช่องทางการชำระค่าธรรมเนียมสมาชิก (กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่อง)

- โอนเงินผ่านบัญชี ธนาคารกรุงเทพ หมายเลขบัญชี 968-0-00099-0 ชื่อบัญชี ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก
- ออกเช็คส่งจ่าย ในนาม “ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก”

4. ท่านมีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

5. ท่านมีความประสงค์ให้ออกใบประกาศนียบัตรให้หน่วยงานของท่านในนาม.....

กรุณาแนบหลักฐานการโอนเงิน หรือ เช็ค พร้อมเอกสารฉบับนี้ กลับมายังศูนย์ประเมินคุณภาพฯ

ทาง E-mail: eqa.amscmu@gmail.com

หรือ Line ID: [amsmueqa](https://www.line.me/tw/amsmueqa)

หรือส่งไปรษณีย์มายัง ศูนย์ประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์สำหรับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200



แบบฟอร์มออนไลน์
(<https://cmu.to/EQA65>)

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม: ติดต่อผู้ประสานงานศูนย์ประเมินคุณภาพฯ โทรศัพท์ 082-187-8761 (ทนาย. เสาวณิต ชัยรัตนวิวงศ์)