



แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก
[Clinical microscopy] 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. กรุณาระบุวิธีที่หน่วยงานของท่านใช้ในการตรวจวิเคราะห์:

(ระบุว่า “ตรวจด้วยตาเปล่า” หรือระบุชื่ออุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้ตรวจในแต่ละส่วนลงในตาราง)

การตรวจ	การตรวจปัสสาวะ	การตรวจสารน้ำ	การตรวจภาวะตั้งครรภ์
วิธีที่ใช้ตรวจ	การตรวจทางกายภาพ..... การตรวจทางเคมี..... การตรวจตะกอน.....	การตรวจทางกายภาพ..... การตรวจวิเคราะห์เซลล์ในสารน้ำ.....

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

สำหรับแนบหลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร

หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 ตุลาคม 2563



ศูนย์ประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์สำหรับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ [AMS CMU EQA Center]
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจทางห้องปฏิบัติการจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก
[Clinical microscopy] ประจำปีงบประมาณ 2564

6. ช่องทางการชำระค่าสมาชิก: ค่าสมาชิก 3,000.- (สามพันบาท) 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:

ผู้ประสานงานศูนย์ประเมินคุณภาพฯ: ทนพญ. เสาวณิต ชัยรัตน์วิวงศ์ โทรศัพท์ 082-187-8761