



แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง [ESR]
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. ท่านมีความประสงค์ให้ออกใบประกาศนียบัตรให้หน่วยงานของท่านในนาม (โปรดระบุ)

.....

3. ท่านมีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

4. วิธีการที่หน่วยงานของท่านใช้ตรวจวิเคราะห์อัตราตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง:

วิธีการตรวจ	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Automation*	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ชื่ออุปกรณ์/ เครื่องมือที่ใช้	<input type="checkbox"/> Westergren (glass pipette) <input type="checkbox"/> Modified Westergren (Plastic pipette) <input type="checkbox"/> Wintrobe	<input type="checkbox"/> Microsed <input type="checkbox"/> Mixrate <input type="checkbox"/> Vesmatic easy <input type="checkbox"/> Vesmatic cube 30

หมายเหตุ *วัตถุประสงค์ควบคุมคุณภาพจากการทดสอบความชำนาญนี้ไม่สามารถใช้กับเครื่องอัตโนมัติ iSED ได้

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

แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง [ESR]
ประจำปีงบประมาณ 2564

6. ช่องทางการชำระค่าสมาชิก: ค่าสมาชิก 2,500.- (สองพันห้าร้อยบาท) ต่อปี

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

ออกเช็คส่งจ่าย 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