



โครงการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง ประจำปีงบประมาณ 2563
ภาควิชาเทคนิคการแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ข้อมูลทั่วไป** (กรุณาเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจนและครบถ้วน)
ชื่อสถาบัน/โรงพยาบาล.....
ชื่อห้องปฏิบัติการ/หน่วยงาน.....
เลขที่.....อาคาร.....ชั้น.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ชื่อ-นามสกุลผู้ที่ติดต่อ.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
E-mailLine ID.....
- ท่านมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญฯ หรือไม่**
 มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ อัตราค่าธรรมเนียม 2,500.- (สองพันห้าร้อยบาท) ต่อปี
จัดส่งตัวอย่างทดสอบชนิดเลือดครบส่วน ปีละ 2 รอบการทดสอบ (รอบการทดสอบละ 2 ตัวอย่าง)
 ไม่มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ
- วิธีที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์**
- **Manual**
 Westergren (glass pipette) Modified Westergren (Plastic pipette) Wintrobe
 อื่นๆ (โปรดระบุ):
- **Automation**
 Microsed Vesmatic easy Vesmatic Cube 30 Mixrate x20 IRIA ESR analyzer
 อื่นๆ (โปรดระบุ):
*หมายเหตุ ตัวอย่างควบคุมคุณภาพจากโครงการนี้ไม่สามารถใช้กับเครื่องอัตโนมัติ iSED ได้
- การควบคุมคุณภาพภายในของห้องปฏิบัติการ (IQC)**
 ไม่ได้ทำเลย ทำเป็นบางครั้ง ทำทุกครั้ง
- การควบคุมคุณภาพภายนอกของห้องปฏิบัติการ (External QC)**
 เข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญฯ ของหน่วยงาน (โปรดระบุ)
.....
 ไม่ได้เข้าร่วม
- ท่านมีความประสงค์ให้ทางโครงการฯ ออกใบประกาศนียบัตรในนาม (โปรดระบุ)**
.....
.....

7. การชำระค่าสมาชิก (2,500.- บาทต่อปี)

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

ออกเช็คสั่งจ่าย ในนาม “ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก” มาที่ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
(โครงการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง)

8. ประสงค์ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

9. ชื่อ-นามสกุลผู้รับใบเสร็จรับเงิน (สำหรับเจ้าหน้าที่ของจดหมาย).....

10. กรุณาแนบเอกสารยืนยันการชำระเงิน เช่น สำเนาใบสำคัญการโอนเงิน หรืออื่นๆ ในพื้นที่ข้างล่างนี้ ก่อนส่งเอกสารฉบับนี้
(จำนวนทั้งหมด 2 หน้า) กลับมายังโครงการฯ เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการออกใบเสร็จรับเงินให้กับหน่วยงานท่าน

สำหรับแนบสำเนาเอกสารการชำระเงินค่าสมัคร

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

วันที่

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้กลับมาถึง โครงการทดสอบความชำนาญในการตรวจการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก ทาง E-mail: saowanit.ch@cmu.ac.th หรือทาง Line ID: nit.chairat



หรือ กรอกแบบฟอร์มออนไลน์ทาง QR code นี้

หมดเขตรับสมัครวันที่ 30 พฤศจิกายน 2562

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อผู้ประสานงานโครงการฯ: นางสาว เสาวณิต ชัยรัตน์วิวงศ์ โทรศัพท์ 084-171-5705

E-mail: saowanit.ch@cmu.ac.th

Line ID: nit.chairat