



แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจคัดกรองฮีโมโกลบินอี [ Hb E Screening Test ]  
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/ชื่อชุดทดสอบที่หน่วยงานท่านใช้ในการตรวจวิเคราะห์: (โปรดระบุให้ครบถ้วน)

หลักการทดสอบ	<input type="checkbox"/> DCIP	<input type="checkbox"/> Microcolumn chromatography	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
ชื่อชุดทดสอบ	<input type="checkbox"/> KKU-DCIP-CLEAR Reagent Kit <input type="checkbox"/> THALCON®-DCIP <input type="checkbox"/> GEBIOKIT <input type="checkbox"/> In-house Reagent preparation	<input type="checkbox"/> Simple E Screening Test <input type="checkbox"/> E-SURE <input type="checkbox"/> Q-Sepharose Micro-column	..... .....

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

**สำหรับแนบหลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร**

**\*หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 ตุลาคม 2563\***



ศูนย์ประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์สำหรับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ [ AMS CMU EQA Center ]  
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจคัดกรองฮีโมโกลบินอี [ Hb E Screening Test ]  
ประจำปีงบประมาณ 2564

6. ช่องทางการชำระค่าสมาชิก: ค่าสมาชิก 1,500.- (หนึ่งพันห้าร้อยบาท) 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](mailto: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