



## สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

สำนักงาน : สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 06 -2776-5855 , 0-2354-8208-15 ต่อ 121,141 เว็บไซต์ : [www.thaicytology.org](http://www.thaicytology.org) อีเมลล์ : [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com)

Thai Society of Cytology

Office : Institute of Pathology 2/2 Phayathai Road, Ratchathewi Bangkok 10400

Tel : 06-2776-5855 , 0-2354-8208-15 ext. 121,141 Website : [www.thaicytology.org](http://www.thaicytology.org) E-mail : [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com)

ที่ สขท. 95 /2565

วันที่ 9 พฤษภาคม 2565

- เรื่อง** 1. การสมัครสอบเทียบมาตรฐานเพื่อรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวช พ.ศ. 2565  
2. การต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวช (แบบปกติ พ.ศ.2565 )  
3. การขอ/ต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวช แบบพิเศษ (รายใหม่ และรายเก่า พ.ศ.2565 )

**เรียน** สมาชิกสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย** 1.ใบสมัครสอบเทียบมาตรฐานเพื่อรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวช  
2 แบบฟอร์มการรับรองการปฏิบัติงานทางเซลล์วิทยาจากหน่วยงานต้นสังกัด  
3. แบบฟอร์มการขอ/ต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวช (แบบปกติ)  
4. แบบฟอร์มการขอ/ต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวช แบบพิเศษ ( รายใหม่ และรายเก่า )  
5. หลักเกณฑ์การรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวชแบบพิเศษ

ด้วย สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย โดยคณะกรรมการสอบเทียบมาตรฐานนักเซลล์วิทยาและการศึกษาต่อเนื่อง ขอแจ้งกำหนดการดำเนินงานประจำปี 2565

**1. การสมัครสอบเทียบมาตรฐานเพื่อรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอหิตทางเซลล์วิทยานรีเวช พ.ศ.2565**  
ในวันเสาร์ที่ 27 สิงหาคม 2565 เวลา 8.00 – 16.00 น. ณ สถาบันพยาธิวิทยา กรุงเทพฯ รับผู้สมัครสอบจำนวนไม่เกิน 100 คน โดยแบ่งภาค 2 ภาค คือ

- ภาคเช้า เวลา 08.30 – 12.00 น. จำนวน 50 คน
- ภาคบ่าย เวลา 12.30 – 16.00 น. จำนวน 50 คน

ในการนี้ผู้สนใจสมัครสอบได้ทาง Google form : <https://forms.gle/Tp2vZAsWS75arGer5> ตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2565 และสามารถอ่านหนังสือประกาศรับสมัครจาก < <http://www.thaicytology.org> > <ข่าวสารสมาคม > วิธีการชำระเงินและรายละเอียดการสอบ ดังนี้

### 1.1 ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ

1.1.1 ค่าสมัครสอบ 1,000 บาท

1.1.2 การชำระได้ทุกช่องทาง โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

ชื่อบัญชี “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย” สาขาโรงพยาบาลราชวิถี บัญชีเลขที่ 051-254197-4 โดยแนบหลักฐานการชำระเงิน (Pay-in) มาพร้อมกับการสมัครทาง Google form ค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะไม่จ่ายคืนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

### 1.2 รายละเอียดการสอบ

1.2.1 การสอบข้อเขียน

1.2.1.1 MCQ จำนวน 60 ข้อ/คะแนน

1.2.2 การสอบภาคปฏิบัติ

1.2.2.1 SPOT จำนวน 20 ข้อ/คะแนน

1.2.2.2 SCREEN จำนวน 20 ข้อ/คะแนน

## 2. การต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอ่างเซลล์วิทยานรีเวช

2.1 สำหรับสมาชิกที่ใบประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอ่างเซลล์วิทยานรีเวช กำลังจะหมดอายุลงในวันที่ 30 กันยายน 2565 และมีความประสงค์จะขอต่ออายุใบประกาศนียบัตรฯ ขอให้ส่งหลักฐานการเก็บคะแนนการศึกษาต่อเนื่องทางเซลล์วิทยา (ไม่น้อยกว่า 120 หน่วย ภายในเวลา 3 ปี) ทั้งนี้ ผู้ที่มีคะแนนการศึกษาต่อเนื่องครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับการต่ออายุใบประกาศนียบัตรฯ โดยมีระยะเวลาการรับรองเป็นเวลา 3 ปี (1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568) ส่วนผู้ที่เก็บคะแนนการศึกษาต่อเนื่องได้ไม่ครบตามเกณฑ์จะต้องทำการสอบใหม่ ในการนี้ สามารถ Download แบบฟอร์มการขอต่ออายุใบประกาศนียบัตรฯ ได้ที่ <http://www.thaicytology.org> ข่าวสารสมาคม (และจัดส่งหลักฐานเป็นเอกสารทาง E-mail : [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com) เป็นไฟล์ PDF เท่านั้น) รายละเอียดดังต่อไปนี้

- 2.1.1 หนังสือรับรองการปฏิบัติงานทางเซลล์วิทยาจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ต้องมีลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา และตราประทับหน่วยงาน (โรงพยาบาล/บริษัท) (ตัวจริง)
- 2.1.2 แบบฟอร์มการต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอ่างเซลล์วิทยานรีเวช (แบบปกติ)
- 2.1.3 หลักฐานประกาศนียบัตรการเข้าร่วมประชุมวิชาการต่าง ๆ ทั้งแบบปกติ และออนไลน์ (สำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนา)
- 2.1.4 หลักฐานการเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช (สำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนา)
- 2.1.5 หลักฐานการเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอื่น ๆ ของหน่วยงาน (สำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนา)
- 1.1.6 หลักฐานการเก็บคะแนนการศึกษาต่อเนื่องอื่น ๆ (สำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนา)

2.2 ค่าธรรมเนียมในการออกใบประกาศนียบัตรฯ และการชำระเงิน ทั้งนี้ มีค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯและดำเนินการ โดยสามารถเลือกรับเอกสารได้ 2 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1 รับเป็นแบบ PDF file เท่านั้น: ค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯ จำนวนเงิน 100 บาท

แบบที่ 2 รับเป็นแบบ PDF file และ ใบประกาศนียบัตรฯฉบับจริง ส่งทางไปรษณีย์: ค่าธรรมเนียมการออก ใบประกาศนียบัตรฯพร้อมจัดส่ง 120 บาท

โดยสมาชิกจะต้องระบุการเลือกแบบใดแบบหนึ่ง และ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ชื่อบัญชี “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย” สาขา โรงพยาบาลราชวิถี บัญชีเลขที่ 051-2-54197-4 และกรุณานำสำเนาหลักฐานการชำระเงิน (Pay-in) มาพร้อมหลักฐานการขอต่ออายุฯ ได้ที่ E-mail: [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com) ตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2565 ทั้งนี้ ค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะไม่มีกรจ่ายคืนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

## 3. การขอ/ต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอ่างเซลล์วิทยานรีเวช แบบพิเศษ รายใหม่ และรายเก่า พ.ศ.2565

3.1 การขอประกาศนียบัตรฯ แบบพิเศษ รายใหม่ หลังจากทีสมาชิกได้รับประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอ่างเซลล์วิทยานรีเวชจำนวน 5 ครั้งติดต่อกัน สามารถยื่นขอใบประกาศนียบัตรฯ แบบพิเศษ รายใหม่ โดย จะได้รับการรับรองต่อเนื่อง มีระยะเวลาการรับรองเป็นเวลา 3 ปี (1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568) โดยไม่ต้องส่งหลักฐานการเก็บคะแนนการศึกษาต่อเนื่องทางเซลล์วิทยา

3.2 การต่ออายุประกาศนียบัตรฯ แบบพิเศษ รายเก่า ให้ส่งสำเนาใบประกาศนียบัตรฯ แบบพิเศษ ที กำลังจะหมดอายุลงในวันที่ 30 กันยายน 2565 โดยมีระยะเวลาการรับรองเป็นเวลา 3 ปี (1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2568) โดยไม่ต้องส่งหลักฐานการเก็บคะแนนการศึกษาต่อเนื่องทางเซลล์วิทยา

ในการนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มการขอ/ต่ออายุประกาศนียบัตรแบบพิเศษ รายใหม่ และรายเก่า ที่ <http://www.thaicytology.org> ข่าวสารสมาคม (และจัดส่งหลักฐานเอกสารทาง E-mail: [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com) เป็นไฟล์ PDF เท่านั้น) รายละเอียดดังต่อไปนี้

- 3.1.1 บัตรสมาชิกของสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ที่ไม่ขาดอายุ (สำเนาพร้อมเซ็นรับรองสำเนา)
- 3.1.2 หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านเซลล์วิทยาจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ต้องมีลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา และตราประทับหน่วยงาน (โรงพยาบาล/บริษัท) (ตัวจริง)
- 3.1.3 ประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพอีสานทางเซลล์วิทยานี้เวช จำนวน 5 ใบ ติดต่อกัน หรือ สำเนาประกาศนียบัตรฯ แบบพิเศษใบปัจจุบันที่กำลังจะหมดอายุ (สำเนาพร้อมเซ็น รับรองสำเนา)

3.2 ค่าธรรมเนียมในการออกใบประกาศนียบัตรฯ และการชำระเงิน ทั้งนี้ มีค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯและดำเนินการ โดยสามารถเลือกรับเอกสารได้ 2 แบบ ดังนี้

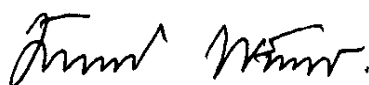
แบบที่ 1 รับเป็นแบบ PDF file เท่านั้น: ค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯ จำนวนเงิน 100 บาท

แบบที่ 2 รับเป็นแบบ PDF file และ ใบประกาศนียบัตรฯฉบับจริง ส่งทางไปรษณีย์: ค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯพร้อมจัดส่ง 120 บาท

โดยสมาชิกจะต้องระบุการเลือกแบบใดแบบหนึ่ง และ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) ชื่อบัญชี “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย” สาขาโรงพยาบาลราชวิถี บัญชีเลขที่ 051-2-54197-4 และกรุณาแนบสำเนาหลักฐานการชำระเงิน (Pay-in) มาพร้อมหลักฐานการขอ/ต่ออายุฯ ได้ที่ E-mail : [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com) ตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2565 ทั้งนี้ ค่าธรรมเนียมดังกล่าวจะไม่มี การจ่ายคืนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(รศ.พญ.อัจฉราพร พงษ์ทิพพันธ์)

ประธานอนุกรรมการการสอบเทียบมาตรฐานนักเซลล์วิทยา  
และการศึกษาต่อเนื่อง

แบบฟอร์มการรับรองการปฏิบัติงานทางเซลล์วิทยา พ.ศ.2565

ชื่อ (นาย/น.ส./นาง)..... นามสกุล..... เลขที่สมาชิก.....

หน่วยงาน..... กลุ่มงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก(ใช้ในการส่งข้อมูลข่าวสารของสมาคมฯ).....

.....

เบอร์โทรสำนักงาน.....เบอร์มือถือ.....

อีเมล.....

ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา ตั้งแต่.....ถึง.....จำนวน..... ปี.....เดือน

- ปฏิบัติงานเซลล์วิทยาเต็มเวลา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน
- ปฏิบัติงานเซลล์วิทยาไม่เต็มเวลา รวมกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
- หน่วยงานเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช
- หน่วยงานไม่เข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช
- หน่วยงานเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย
- หน่วยงานไม่เข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

หมายเหตุ

1. หนังสือการรับรองการปฏิบัติงานฯ ต้องมีลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา และตราประทับหน่วยงาน (โรงพยาบาล/บริษัท)
2. สมาชิกท่านใดที่มีการเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรืออีเมล กรุณาแจ้งข้อมูลปัจจุบันให้เจ้าหน้าที่สมาคมฯทราบเพื่อความสะดวกในการติดต่อหรือส่งข้อมูลข่าวสาร

แบบฟอร์มการขอต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพ  
ทางเซลล์วิทยานรีเวช (แบบปกติ) พ.ศ.2565

ชื่อ (นาย/น.ส./นาง)..... นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....

หน่วยงาน..... กลุ่มงาน .....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก(ใช้ในการส่งข้อมูลข่าวสารของสมาคมฯ ).....

เบอร์โทรสำนักงาน.....เบอร์มือถือ.....

อีเมล .....

ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา ตั้งแต่.....ถึง.....จำนวน.....ปี.....เดือน

**เอกสารที่ส่งมาด้วย** (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับ)

1. สำเนาบัตรสมาชิกของสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ที่ไม่ขาดอายุ
2. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านเซลล์วิทยาที่ออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด (ตัวจริง)
3. สำเนาหลักฐานประกาศนียบัตรการเข้าร่วมประชุมวิชาการต่าง ๆ
4. สำเนาหลักฐานการเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช
5. สำเนาหลักฐานการเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอื่น ๆ ของหน่วยงาน
6. สำเนาหลักฐานการเก็บคะแนนการศึกษาต่อเรื่องอื่นๆ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

**หมายเหตุ**

- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานฯ ต้องมีลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา และตราประทับหน่วยงาน (โรงพยาบาล/บริษัท)
- สมาชิกท่านใดที่มีการเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรืออีเมล กรุณาแจ้งข้อมูลปัจจุบันให้เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ทราบเพื่อความสะดวกในการติดต่อหรือส่งข้อมูลข่าวสาร

การรับเอกสาร (กรุณาทำเครื่องหมายระบุการเลือกแบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น)

- แบบที่ 1 รับเป็นแบบ PDF file เท่านั้น: ค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯ จำนวนเงิน 100 บาท
- แบบที่ 2 รับเป็นแบบ PDF file และ ใบประกาศนียบัตรฯฉบับจริง ส่งทางไปรษณีย์: ค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯพร้อมจัดส่ง จำนวนเงิน 120 บาท

แบบฟอร์มการขอประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพ  
ทางเซลล์วิทยานรีเวชแบบพิเศษ (รายใหม่ พ.ศ.2565)

ชื่อ (นาย/น.ส./นาง)..... นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....

หน่วยงาน..... กลุ่มงาน .....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก(ใช้ในการส่งข้อมูลข่าวสารของสมาคมฯ ).....

.เบอร์โทรสำนักงาน.....เบอร์มือถือ.....

อีเมล .....

ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา ตั้งแต่ .....ถึง.....จำนวน.....ปี.....เดือน

เอกสารที่ส่งมาด้วย (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับ)

1. สำเนาบัตรสมาชิกของสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ที่ไม่ขาดอายุ
2. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านเซลล์วิทยาที่ออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด (ตัวจริง)
3. สำเนาประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถเซลล์วิทยาทางด้านนรีเวชวิทยา ใบที่ 1 พ.ศ..... ถึง พ.ศ.....
4. สำเนาประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถเซลล์วิทยาทางด้านนรีเวชวิทยา ใบที่ 2 พ.ศ..... ถึง พ.ศ.....
5. สำเนาประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถเซลล์วิทยาทางด้านนรีเวชวิทยา ใบที่ 3 พ.ศ..... ถึง พ.ศ.....
6. สำเนาประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถเซลล์วิทยาทางด้านนรีเวชวิทยา ใบที่ 4 พ.ศ..... ถึง พ.ศ.....
7. สำเนาประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถเซลล์วิทยาทางด้านนรีเวชวิทยา ใบที่ 5 พ.ศ..... ถึง พ.ศ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

**หมายเหตุ**

- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานฯ ต้องมีลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา และตราประทับหน่วยงาน (โรงพยาบาล/บริษัท)
- สมาชิกท่านใดที่มีการเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรืออีเมล กรุณาแจ้งข้อมูลปัจจุบันให้เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ทราบเพื่อความสะดวกในการติดต่อหรือส่งข้อมูลข่าวสาร

การรับเอกสาร (กรุณาทำเครื่องหมายระบุการเลือกแบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น)

- แบบที่ 1 รับเป็นแบบ PDF file เท่านั้น: ค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯ จำนวนเงิน 100 บาท
- แบบที่ 2 รับเป็นแบบ PDF file และ ใบประกาศนียบัตรฯฉบับจริง ส่งทางไปรษณีย์: ค่าธรรมเนียมการออกใบประกาศนียบัตรฯพร้อมจัดส่ง จำนวนเงิน 120 บาท

แบบฟอร์มการขอต่ออายุประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพ  
ทางเซลล์วิทยานรีเวช แบบพิเศษ (รายใหม่ และรายเก่า พ.ศ.2565)

ชื่อ (นาย/น.ส./นาง)..... นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....

หน่วยงาน.....กลุ่มงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก(ใช้ในการส่งข้อมูลข่าวสารของสมาคมฯ).....

.....

เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน.....เบอร์มือถือ.....

อีเมล .....

ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา ตั้งแต่ .....ถึง.....จำนวน.....ปี.....เดือน

**เอกสารที่ส่งมาด้วย (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับ)**

1. สำเนาบัตรสมาชิกของสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ที่ไม่ขาดอายุ
2. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านเซลล์วิทยาที่ออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด (ตัวจริง)
3. สำเนาประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถเซลล์วิทยาทางด้านนรีเวชวิทยาแบบพิเศษรายเก่า พ.ศ..... ถึง พ.ศ.....

(.....)  
ตำแหน่ง.....  
ผู้ปฏิบัติงานเซลล์วิทยา

(.....)  
ตำแหน่ง.....  
ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

**หมายเหตุ**

- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานฯ ต้องมีลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา และตราประทับหน่วยงาน (โรงพยาบาล/บริษัท)
- สมาชิกท่านใดที่มีการเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรืออีเมล กรุณาแจ้งข้อมูลปัจจุบันให้เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ทราบเพื่อความสะดวกในการติดต่อหรือส่งข้อมูลข่าวสาร

การรับเอกสาร (กรุณาทำเครื่องหมายระบุการเลือกแบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น)

- แบบที่ 1 รับเป็นแบบ PDF file เท่านั้น: ค่าธรรมเนียมการออกไปประกาศนียบัตรฯ จำนวนเงิน 100 บาท
- แบบที่ 2 รับเป็นแบบ PDF file และ ใบประกาศนียบัตรฯฉบับจริง ส่งทางไปรษณีย์: ค่าธรรมเนียมการออกไปประกาศนียบัตรฯพร้อมจัดส่ง จำนวนเงิน 120 บาท



## สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

สำนักงาน : สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 06 -2776-5855 , 0-2354-8208-15 ต่อ 121,141 เว็บไซต์ : [www.thaicytology.org](http://www.thaicytology.org) อีเมลล์ : [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com)

Thai Society of Cytology

Office : Institute of Pathology 2/2 Phayathai Road, Ratchathewi Bangkok 10400

Tel : 06-2776-5855 , 0-2354-8208-15 ext. 121,141 Website : [www.thaicytology.org](http://www.thaicytology.org) E-mail : [thaisociety14@gmail.com](mailto:thaisociety14@gmail.com)

### หลักเกณฑ์การรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพทางเซลล์วิทยานรีเวชแบบพิเศษ โดยสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

หลังจากที่สมาชิกได้รับประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถวิชาชีพทางเซลล์วิทยานรีเวช จำนวน 5 ครั้ง ติดต่อกัน สามารถขอประกาศนียบัตรรับรองฯ แบบพิเศษ จากสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยได้ ทั้งนี้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### คุณสมบัติของผู้ขอประกาศนียบัตรรับรองฯ แบบพิเศษ

1. เป็นสมาชิกของสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย โดยไม่ขาดการต่ออายุสมาชิก
2. ประกอบวิชาชีพด้านเซลล์วิทยาจนถึงปัจจุบัน
3. ได้รับประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถทางเซลล์วิทยาด้านนรีเวชวิทยา จำนวน 5 ครั้ง ติดต่อกัน

#### หลักฐานสำหรับผู้ขอประกาศนียบัตรรับรองฯ แบบพิเศษ

1. สำเนาบัตรสมาชิกของสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ที่ไม่ขาดอายุ
2. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านเซลล์วิทยาที่ออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ต้องมีลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา และตราประทับหน่วยงาน ( โรงพยาบาล/บริษัท )
3. สำเนาประกาศนียบัตรรับรองความรู้ความสามารถทางเซลล์วิทยาด้านนรีเวชวิทยา จำนวน 5 ใบ ติดต่อกัน หรือ สำเนาประกาศนียบัตรรับรองฯ แบบพิเศษ (ใบปัจจุบัน)

#### เงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ของผู้ได้รับการรับรองฯ แบบพิเศษ

1. การรับรองฯ มีระยะเวลา 3 ปี
2. ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเก็บเครดิตคะแนนการศึกษาต่อเนื่องและการสอบเทียบมาตรฐานฯ



แบบชำระเงินค่าต่ออายุสมาชิก / สมัครเป็นสมาชิกสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

ประจำปี .....

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่สมาชิกสมาคมฯ .....

(ชื่อภาษาอังกฤษ).....

สังกัด.....ตำแหน่ง.....

สถานที่/ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....

โทรสาร.....E-mail.....

ชำระเงินค่าสมาชิกประเภท	แพทย์ / 1ปี	แพทย์ / 3 ปี	นักวิทย์ฯ / จพง.วิทย์ฯ (เซลล์ฯ) / อื่นๆ / 1ปี	นักวิทย์ฯ / จพง.วิทย์ฯ (เซลล์ฯ) / อื่นๆ / 3 ปี
สมาชิกสามัญ(สมัครใหม่)	<input type="checkbox"/> 1,000.00 บาท	<input type="checkbox"/> 1,700.00 บาท (1,200+500)	<input type="checkbox"/> 500.00 บาท	<input type="checkbox"/> 900.00 บาท (700+200)
ต่ออายุสมาชิกสามัญ	<input type="checkbox"/> 500.00 บาท	<input type="checkbox"/> 1,200.00 บาท	<input type="checkbox"/> 300.00 บาท	<input type="checkbox"/> 700.00 บาท
สมาชิกวิสามัญ	<input type="checkbox"/> 300.00 บาท		<input type="checkbox"/> 300.00 บาท	

**การชำระเงิน** ได้ส่งเงินค่าต่ออายุสมาชิก/สมัครเป็นสมาชิกเป็นเงิน.....บาท (.....)

สำเนาการโอนเงิน (pay-in) เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) จำกัด

สาขาโรงพยาบาลราชวิถี บัญชีเลขที่ 051-2 54197-4 ชื่อบัญชี สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

(ค่าต่ออายุสมาชิก/สมัครเป็นสมาชิก ดังกล่าวจะไม่จ่ายคืนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น)

**การส่งใบสมัครและค่าต่ออายุสมาชิก**

คุณครูณี (06-2776-5855)

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย (ต่ออายุสมาชิก/สมัครสมาชิก)

สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0-2354-8208-15 ต่อ 121 , 141 โทรสาร 0-2354-8204

E-mail : thaisociety14@gmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่
.....ผู้รับเงิน
<b>(ตัวบรรจง)</b>
ได้รับเงินแล้ว .....เหรียญกษาปณ์