



ที่ ขย ๐๐๓๓.๓๑๑.๒ / ๖ ๔๕๐

โรงพยาบาลเทพสถิต ถนนเทพสถิต - ชับใหญ่  
อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ ๓๖๒๓๐

๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)  
เรียน นายเทศมนตรีตำบลเทพสถิต , นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครและกำหนดการฝึกอบรม จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์การฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่ ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลา ๕ วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีความรู้และทักษะในการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Pre - Hospital Care) ได้ตามมาตรฐานสากล และในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร ได้จัดทำแผนงานโครงการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๑ รุ่น ๕ วัน นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลเทพสถิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ขอเชิญหน่วยงาน ท่านส่งบุคลากรในสังกัด สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการอบรม รายละเอียดหลักสูตรและกำหนดการฯ ตามเอกสารที่แนบมาด้วยนี้ ทั้งนี้สามารถยื่นใบสมัครและจ่าย ค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาท ด้วยตนเอง ได้ที่งานการเงินและบัญชี กลุ่มงาน บริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ หรือสมัครผ่าน [www.niems.go.th](http://www.niems.go.th) หัวข้อ ศูนย์การศึกษา ฝึกอบรมและการให้ใบประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน และโอนเงินผ่านเข้า ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส) ชื่อบัญชี สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด ยโสธร เลขที่บัญชี ๐๑๐๕๑๒๑๑๓๐๕๙ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าจะครบตามจำนวนที่รับสมัครในแต่ละรุ่น โดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการ ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียนจากหน่วยงาน ต้นสังกัด รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

เขียน นายก อบต.บ้านไร่  
 เพื่อโปรดทราบ  
แจ้ง.....  
 เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป  
(นางสาวลลิตา จังโกฏี)  
เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการฝึกอบรม จักขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายเมธา ดิเรกโชค)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพสถิต

(นายเมธา ดิเรกโชค)  
รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

โปรดสั่งการ.....  
นางสาวลลิตา จังโกฏี  
โทร ๐๔๔-๕๕๑๐๗ ต่อ ๑๑๑

๑. คุณสมบัติและคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

๑. เป็นผู้มีวีรการศึกษามากกว่าระดับมหาวิทยาลัยหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดบนเคมีไฟฟ้า และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเห็นชอบที่ตมการทหารเจ้าเรือนการการศึกษาหรือฝึกอบรมปฏิบัติการทางการแพทย์หรือเกี่ยวข้อง  
วิสาหกิจชุมชนด้านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อกป.) อกป.ที่นำร่องเข้ามาซึ่งความที่เห็น  
เห็นชอบที่กคค.แห่งปฏิบัติ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาเนืองถึงเหตุในคดีที่ อกป.เห็นว่าอาจเข้าข้างความที่  
เห็นชอบที่กคค.แห่งปฏิบัติ
๕. ไม่เป็นโรคที่ อกป.ประกาศกำหนด
๖. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตสั่นไหวไม่สมประกอบ

๒. ผู้ประสานงานการฝึกอบรม

นางเบญจรัตน์ โพธิ์ศรี	Tel. ๐๘-๕๕๑๙-๖๑๘๕
นางสาวลลิตา ชัยเคนวงศ์	Tel. ๐๖-๑๘๖๕-๐๒๑๘
นายเรืองยศ พรทวีชัย	Tel. ๐๘-๘๑๑๙-๘๖๔๘
โทรศัพท์กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ	๐-๕๕๙๑-๕๕๑๖

ใบสมัครเข้าร่วมการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

□ วันที่ ๔ วันที่ ๕ กรกฎาคม - ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย

วันเดือนปีเกิด..... เลขบัตรประชาชน.....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถาบันการศึกษา.....

ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS).....ปี

ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... e-mail.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน..... เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....  
(.....)

วันเดือนปี.....

คำรับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเข้าร่วมการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้บังคับบัญชา)..... ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน..... ขอรับรองว่า (ชื่อผู้สมัคร).....

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไขการรับรองของกรมกึ่งอาชีวศึกษาและกรมการแพทย์และสาธารณสุข (EMR) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้

- ๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
- ๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
- ๓. ไม่เป็นผู้ติดเบตาหรือโรคติดต่อ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในทางวิชาการหรือวินัย
- ๔. ไม่เคยสั่งโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีอาญา
- ๕. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตไม่健全ไม่อยู่ในระยะพักฟื้น และไม่เป็นผู้ที่ อสม. ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....  
(.....)

หลักฐานการรับสมัคร (อย่างละ 1 ฉบับ)

- .....๑. ใบสมัครพร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์
- .....๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (ไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษา)
- .....๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- .....๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่ใส่แว่นตา ขนาด ๓.๕ นิ้ว
- .....๕. ใบรับรองแพทย์

สำเนาเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ครู เภสัชกร

กาชื่อ.....  
(.....)  
วัน/เดือน/ปี.....

