



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป  
เลขรับที่ ๒๕๒  
วันที่ ๓ / ๕ / ๖๖  
๑๓.๓๑ น.

ที่ พบ ๐๐๓๓.๐๑๓/๒.๖๐๐๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ถนนราชวิถี พบ. ๗๖๐๐๐

๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบริษัทสัมพันธ์การสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)  
เรียน นายกองการบริหารส่วนตำบลหนองกะป

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. กำหนดการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้แจ้งว่าสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่ เป็น ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลาการฝึกอบรม ๕ วัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Per - hospital care) ได้ตามมาตรฐานสากล และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ นี้ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร ได้จัดทำ แผนงานโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๓ รุ่นๆ ละ ๕ วัน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จึงขอประชาสัมพันธ์การสมัครเข้าร่วมอบรม หลักสูตร การปฐมพยาบาลและการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม และรายละเอียดของหลักสูตร พร้อมกำหนดการสมัครเข้าอบรมแต่ละรุ่น ทั้งนี้ สามารถยื่นใบสมัครและจ่าย ค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาท ด้วยตนเองได้ที่งานการเงินและบัญชี กลุ่มงาน บริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือสมัครเข้ารับการฝึกอบรมผ่าน ศูนย์การศึกษาฝึกอบรม และการให้ใบประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และโอนเงินผ่านเข้าธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชีค่าใช้จ่ายในการ ฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่บัญชี ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปหรือจนกว่า จะครบตามจำนวนที่รับสมัครในแต่ละรุ่นโดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียนจากหน่วยงานต้นสังกัด รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญลาภ ทิพย์จันทร์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)  
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

โทร. ๐ ๓๒๔๒ ๕๑๐๐ ต่อ ๓๐๒๒

**ใบสมัครเข้าร่วมการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)**

รุ่น ๑ วันที่ ๑๙ มิถุนายน - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖  รุ่น ๒ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

รุ่น ๓ วันที่ ๒๑ สิงหาคม - ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

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).....

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไขการรับรองขององค์การฝึกอบรมที่ดำเนินการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษหรือฝึกอบรม (อปป.) อปป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยชีวิตแก่ผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อปป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยชีวิตแก่ผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นผู้ลึกลับหรือจิตหันเหอันไม่สมประกอบ และไม่เป็นผู้ไร้สติ อปป.ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

**หลักฐานการรับสมัคร (ฉบับละ ๑ ฉบับ)**

- .....๑. ใบสมัครพร้อมการออกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์
- .....๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (ไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า)
- .....๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- .....๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาหรือสวมหมวก ขนาด ๑.๕ นิ้ว
- .....๕. ใบรับรองแพทย์

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

รายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)  
จังหวัดยโสธร ประจำปี ๒๕๖๖

๑. คุณสมบัติและคุณลักษณะผู้เข้ารับการอบรม

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นโรคที่ อศป.ประกาศกำหนด
๖. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

๒. ผู้สถานงานการฝึกอบรม

นางเบญจรัตน์ โพธิ์ศรี	Tel. ๐๘-๕๕๑๓๗-๖๑๘๕
นางสาวลลิตา ชัยเคนวงศ์	Tel. ๐๖-๑๘๖๕-๐๒๑๑
นายเรืองยศ พรมิวิชัย	Tel. ๐๘-๘๑๑๓๗-๘๖๕๘
นางสาวอารยา ท้าวดอน	Tel. ๐๙๙ -๒๐๓๙๓๕๒
โทรศัพท์กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ	๐-๔๕๗๑-๔๕๒๖