



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋

เลขรับที่ ๑๖๑๗

วันที่ ๒๑ / ๕.ค. / ๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ๑๐.๑๐๗

ถนนราชวิถี พบ. ๗๖๐๐๐

ที่ พบ ๐๐๓๓.๐๑๓๗๑๐๕๕

๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์การสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์
ขั้นพื้นฐาน (EMR)

เรียน นางกอบกุลศิริพรรัตน์ตำบลหนองกะป๋

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. กำหนดการอบรมฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดयोโสธร ได้แจ้งว่าสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดโยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโยโสธร เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดโยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่ เป็น ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลาการฝึกอบรม ๕ วัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Per - hospital care) ได้ตามมาตรฐานสากล และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ นี้ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดโยโสธร ได้จัดทำ แผนงานโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๔ รุ่นๆ ละ ๕ วัน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จึงขอประชาสัมพันธ์การสมัครเข้าร่วมอบรม หลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรมและรายละเอียดของหลักสูตร พร้อมกำหนดการสมัครเข้าอบรมแต่ละรุ่น ทั้งนี้ สามารถยื่นใบสมัคร และจ่ายค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาท ด้วยตนเองได้ที่งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโยโสธร หรือสมัครเข้ารับการฝึกอบรมผ่าน ศูนย์การศึกษาฝึกอบรม และการให้ใบประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโยโสธร เลขที่บัญชี ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปหรือจนกว่า จะครบตามจำนวนที่รับสมัครในแต่ละรุ่นโดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียนจากหน่วยงานต้นสังกัด รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายพงศ์พิสิฐ นานานุกูล)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

โทร. ๐ ๓๒๔๒ ๕๑๐๐ ต่อ ๓๐๒๒

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

รุ่น ๕ วันที่ ๑๑ กันยายน - ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖

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

สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขบัตรประชาชน.....

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

ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS).....ปี

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

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

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

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

คำรับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม

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

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

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไขการรับรองขององค์กรฝึกอบรมที่ดำเนินการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยชีวิตแก่ผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยชีวิตแก่ผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นผู้พิการหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และไม่เป็นที่ อศป.ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

หลักฐานการรับสมัคร (อย่างละ ๑ ฉบับ)

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

รายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)
จังหวัดยโสธร ประจำปี ๒๕๖๖

๑. คุณสมบัติและคุณลักษณะผู้เข้ารับการอบรม

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

๒. ผู้ประสานงานการฝึกอบรม

นางสาวลลิตา ชัยเคนวงศ์	Tel. ๐๖-๑๘๖๕-๐๒๑๑
นายเรืองยศ พรหมวิชัย	Tel. ๐๘-๘๑๑๗-๘๖๔๘
นางสาวอารยา ท้าวดอน	Tel. ๐๕๙ -๒๐๓๙๓๕๒
โทรศัพท์กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ	๐-๕๕๗๑-๕๕๒๖

๓. สถานที่ฝึกอบรม

ณ ห้องประชุมบังไฟโก้ ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร