



ที่ ยส ๐๐๓๓.๐๐๓/ ๗ ๑๕๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
 พระนครศรีอยุธยา
 รับผิดชอบที่.....
 วันที่..... ๓/๑๑/๒๕๖๖
 เวลา..... ๑๑:๒๕ น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ถนนเทศบาล ๑ อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร ๓๕๐๐๐

๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

765/๖
 9/8/๖
 11-3๐

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครและกำหนดการฝึกอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่เป็น ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลาการฝึกอบรม ๕ วัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Pre-hospital care) ได้ตามมาตรฐานสากล และปีงบประมาณ ๒๕๖๕ นี้ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร ได้จัดทำแผนงานโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๔ รุ่นๆ ละ ๕ วัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จึงขอเชิญหน่วยงานของท่านส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรมและรายละเอียดของหลักสูตร พร้อมกำหนดการสมัครเข้าอบรมแต่ละรุ่น ทั้งนี้ สามารถยื่นใบสมัครและจ่ายค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาท ด้วยตนเองได้ที่งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือสมัครเข้ารับการฝึกอบรมผ่าน ศูนย์การศึกษาฝึกอบรมและการให้ใบประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่บัญชี ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปหรือจนกว่าจะครบตามจำนวนที่รับสมัครในแต่ละรุ่นโดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการ ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียนจากหน่วยงานต้นสังกัด รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติบุคลากรของท่านเข้าอบรมดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หลักสูตรให้ทราบโดยทั่วกัน

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
 ดำเนินการ

(Signature)

(นายสมชาย จำปาลิม)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการเวชภัณฑ์) ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ศูนย์อุบัติเหตุและคำปรึกษาแพทย์ฉุกเฉิน

โทร. ๐ ๔๕๗๑ ๔๕๒๖ โทรสาร ๐ ๔๕๗๑ ๕๕๖๖
 www.yasothon.moph.go.th

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(นายภาณุพันธุ์ อินปทุมสินชัย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(Signature)

(Signature)

(Signature)

(Signature)

เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดยโสธร “ ยโสธรเมืองเกษตรอินทรีย์ เมืองแห่งวิถีอีสาน ”

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

รุ่น ๔ 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. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และไม่เป็นโรคที่ อศป.ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

หลักฐานการรับสมัคร (อย่างละ 1 ฉบับ)

.....๑. ใบสมัครพร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์

.....๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (ไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า)

.....๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

.....๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาหรือสวมหมวก ขนาด ๑.๕ นิ้ว

.....๕. ใบรับรองแพทย์

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....