

เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร จฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	H.N.	อาการนำสำคัญ	การปฏิบัติการแพทย์ ตามอำนาจหน้าที่ฯ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
1					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
2					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
3					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
4					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
5					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
6					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
7					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
8					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	

แบบฟอร์มแสดงผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน

Cert niem 06.1 จฉพ.

เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร จฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	HN	อาการนำสำคัญ ตาม CBD	การปฏิบัติการแพทย์ ตามอำนาจหน้าที่ ฯ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
9					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
10					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
11					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
12					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
13					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
14					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
15					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
16					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	

เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร จฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	HN	อาการนำสำคัญ ตาม CBD	การปฏิบัติการแพทย์ ตามอำนาจหน้าที่ ฯ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
17					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	
18					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	
19					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	
20					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	
21					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	
22					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	
23					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	
24					1 :..... 2 :..... 3 :..... อื่นๆ :.....	

เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร จฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	HN	อาการนำสำคัญ ตาม CBD	การปฏิบัติการแพทย์ ตามอำนาจหน้าที่ ฯ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
25					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
26					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
27					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
28					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
29					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
30					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
31					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
32					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	

เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร จฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	HN	อาการนำสำคัญ ตาม CBD	การปฏิบัติการแพทย์ ตามอำนาจหน้าที่ ฯ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
33					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
34					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
35					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
36					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
37					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
38					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
39					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	
40					1 : 2 : 3 : อื่นๆ :	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติการ

(.....)

ว/ด/ป.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่งว/ด/ป.....