



ประกาศองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ
เรื่อง รับสมัครผู้เข้าร่วมการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR)

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความประสงค์ รับสมัครบุคคลเข้าร่วมการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) เป็นระยะเวลา ๕ วัน อบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อปฏิบัติงาน ณ หน่วยปฏิบัติงานการฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ (ศูนย์กู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ) จึงประกาศประชาสัมพันธ์รับสมัครบุคคลทั่วไป โดยมีรายละเอียดตามหลักสูตรปรากฏตามแนบท้ายประกาศนี้

๑. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- ๑.๑ สำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่ต่ำกว่าภาคบังคับ ป.๖ หรือ ป.๗ หรือ ม.๓(เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๖) ขึ้นอยู่กับช่วงอายุแล้วแต่กรณี
- ๑.๒ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์
- ๑.๓ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย ซึ่ง อสป. เห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
- ๑.๔ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด ในคดีที่ อสป. เห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
- ๑.๕ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด
- ๑.๖ ไม่เป็นโรคที่ อสป. กำหนดว่าไม่สมควรให้เป็นผู้ปฏิบัติการ (วัณโรค, โรคเรื้อน, โรคเท้าช้าง ในระยะที่ปรากฏอาการ)
- ๑.๗ ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- ๑.๘ ไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการถูกพักหรือเพิกถอนประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน
- ๑.๙ มีภูมิลำเนาอยู่ใน ตำบลท่าเรือ

๒. วัน เวลา และสถานที่รับสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการฝึกอบรม ให้ขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ ณ อบต.ท่าเรือ อำเภอ บ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่วันนี้ ถึง วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. เว้นวันหยุดราชการ ไม่มีค่าใช้จ่าย

๓. เอกสารประกอบการสมัครและขอขึ้นทะเบียน

- | | |
|---|--------------|
| ๓.๑ ใบสมัคร | |
| ๓.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๓ สำเนาวุฒิการศึกษาพร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๔ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ฉากหลังสีฟ้าหรือสีน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน | |
| ๓.๕ ใบรับรองแพทย์ | |
| ๓.๖ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล(ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓.๗ เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) | |

๔. หลักเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียน

- ๔.๑ ผ่านการอบรม EMR ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชม. ขึ้นไป แต่ไม่เกิน ๖๐ ชั่วโมง
- ๔.๒ เก็บเคสไม่ต่ำกว่า ๑๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน (หรือไม่เกิน ๑๒๐ วัน)
- ๔.๓ หากภายในระยะเวลา ๑๒๐ วัน ไม่สามารถเก็บเคสได้ตามที่กำหนด ให้ครูฝึกพิจารณาเป็นกรณีไป

๕. วัตถุประสงค์ผู้ผ่านการฝึกอบรมจะได้รับการ

อบรมเพื่อการขอขึ้นทะเบียน ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (EMR) เพื่อปฏิบัติงาน ณ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ (ศูนย์กู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ) โดยมีค่าตอบแทนให้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล และหากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือพิจารณาแล้วเห็นว่าสามารถปฏิบัติงานได้ดี จะได้รับการจ้างเป็นรายเดือนต่อไป

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๖ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายสุเทพ นาคสวาท)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ

แนวทางอบรม อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) รายใหม่

คุณสมบัติการฝึกอบรม

๑. สำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่ต่ำกว่าการศึกษาภาคบังคับ ป.๖ หรือ ป. ๗ หรือ ม.๓ (เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๖) ขึ้นอยู่กับช่วงอายุ แล้วแต่กรณี
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย ซึ่ง อศป. เห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด ในคดีที่ อศป. เห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
๖. ไม่เป็นโรคที่ อศป. กำหนดว่าไม่สมควรให้เป็นผู้ปฏิบัติการ (วัณโรค, โรคเรื้อน, โรคเท้าช้าง ในระยะที่ปรากฏอาการ)
๗. ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
๘. ไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการถูกพักหรือเพิกถอนประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

หลักเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียน

๑. ผ่านการอบรม EMR ไม่น้อยกว่า ๔๐ ชั่วโมง แต่ไม่เกิน ๖๐ ชั่วโมง (ตามสภาพท้องที่ เช่น ทางน้ำ)
๒. เก็บเคสไม่ต่ำกว่า ๑๐ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน (หรือ ไม่เกิน ๑๒๐ วัน)
๓. หากภายในระยะเวลา ๑๒๐ วัน ไม่สามารถเก็บเคสได้ครบตามที่กำหนด ให้ครูฝึกพิจารณาเป็นกรณีไป

เอกสารประกอบการสมัครและขอขึ้นทะเบียน

๑. ใบสมัคร
๒. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา
๓. สำเนาวุฒิการศึกษาพร้อมรับรองสำเนา
๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือสีน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๕. ใบรับรองแพทย์
๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนา
๗. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

หน่วยการเรียนรู้	บทที่	ระยะเวลา (ชม.)	
		ทฤษฎี	ปฏิบัติ
หน่วยการเรียนรู้ที่ ๑ ความรู้พื้นฐานด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน	บทที่ ๑-๑ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย	๑	
	บทที่ ๑-๒ ความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ ปฏิบัติการ	๑	
	บทที่ ๑-๓ กฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ ฉุกเฉิน	๑	
	บทที่ ๑-๔ ความรู้พื้นฐานของร่างกายมนุษย์	๑	
	บทที่ ๑-๕ สัญญาณชีพและการเฝ้าตรวจติดตาม	๑	๑
	บทที่ ๑-๖ การสื่อสารในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	๑	๑
	บทที่ ๑-๗ การใช้ยาเบื้องต้น	๑	๑
	รวม	๗	๓
หน่วยการเรียนรู้ที่ ๒ การดูแลระบบ ทางเดินหายใจ	บทที่ ๒-๑ ทางเดินหายใจและการจัดการ	๑	๑
	บทที่ ๒-๒ การหายใจและการช่วยเหลือ	๑	๑
	รวม	๒	๒
หน่วยการเรียนรู้ที่ ๓ การประเมิน	บทที่ ๓-๑ การประเมินสถานการณ์	๑	๒
	บทที่ ๓-๒ การประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นต้น		
	บทที่ ๓-๓ การประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน		
	รวม	๑	๒
หน่วยการเรียนรู้ที่ ๔ การช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน	บทที่ ๔-๑ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	๑	๒
	รวม	๑	๒
หน่วยการเรียนรู้ที่ ๕ ภาวะฉุกเฉินทางการ แพทย์	บทที่ ๕-๑ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น	๑	
	บทที่ ๕-๒ การดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบบ่อย	๑	๒
	รวม	๒	๒
หน่วยการเรียนรู้ที่ ๖ การดูแลเบื้องต้นใน ผู้ได้รับบาดเจ็บ	บทที่ ๖-๑ การดูแลเบื้องต้นในผู้ได้รับบาดเจ็บ	๒	๒
	รวม	๒	๒
หน่วยการเรียนรู้	บทที่	ระยะเวลา (ชม.)	
หน่วยการเรียนรู้ที่ ๗ การยกและ	บทที่ ๗-๑ การยกและเคลื่อนย้าย	ทฤษฎี	ปฏิบัติ
		๑	๓
	รวม	๑	๓

เคลื่อนย้าย			
หน่วยการเรียนรู้ ๘ การจัดการทาง การแพทย์ใน สถานการณ์สาธรรณ ภัย	บทที่ ๘-๑ การจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สา ธารณภัย	๑	๒
หน่วยการเรียนรู้ ๙ การจัดการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน	บทที่ ๙-๑ ปฏิบัติการฉุกเฉิน	๑	
	บทที่ ๙-๒ การเขียนรายงาน		
	บทที่ ๙-๓ การทดสอบในสถานการณ์จำลอง		๔
	รวม	๑	๔
	รวมชั่วโมงทฤษฎีและปฏิบัติ	๑๘	๒๒
		๔๐	

๖) ด้านทักษะการปฏิบัติงานทางวิชาชีพ

ทักษะการปฏิบัติงานทางวิชาชีพที่ต้องการพัฒนาตามข้อกำหนดของรายละเอียดการฝึกอบรมมี ๑ ข้อ

๖.๑) วิธีการฝึกอบรม

ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

๖.๒) วิธีการวัดประเมินผล

๖.๒.๑) แบบฝึกทักษะ

- แบบฝึกทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน (Medical)
- แบบฝึกทักษะการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ (Trauma)
- แบบฝึกทักษะการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยไม่ใช้อุปกรณ์
- แบบฝึกทักษะการยกและเคลื่อนย้ายโดยใช้อุปกรณ์ Long Spinal Board
- แบบฝึกทักษะการยกและเคลื่อนย้ายโดยไม่ใช้อุปกรณ์ การอุ้มแบบท่อนซุง ๓ คน
- แบบฝึกทักษะการถอดหมวกนิรภัย ในผู้ได้รับบาดเจ็บ (Helmet removal)
- แบบฝึกทักษะการใช้ Cervical Hard collar
- แบบฝึกทักษะเรื่องการเอาสิ่งแปลกปลอมที่อุดกั้นออกจากทางเดินหายใจ
- แบบฝึกทักษะการช่วยคลอดและการดูแลทารกหลังคลอด
- แบบฝึกทักษะการให้ยาตามหลักเภสัชวิทยา
- แบบฝึกทักษะการพ่นยาแบบไม่ใช้ออกซิเจน
- แบบฝึกเรื่องการประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs)
- แบบฝึกทักษะการประเมินสัญญาณทางประสาทและสมอง (Neurological signs)
- แบบฝึกทักษะเรื่องการให้ออกซิเจน
- แบบฝึกทักษะการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED)
- แบบฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basis CPR) แบบผู้ช่วยเหลือคนเดียว
- แบบฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic CPR) แบบผู้ช่วยเหลือ ๒ คน

- แบบฝึกทักษะการจัดทำเปิดทางเดินหายใจ
- แบบฝึกทักษะการช่วยหายใจโดยใช้อุปกรณ์
- แบบฝึกทักษะการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX)
- แบบฝึกทักษะเรื่องการทำแผลและทำแผล
- แบบฝึกทักษะเรื่อง การจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย

๖.๒.๒) แบบทดสอบการปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์จำลอง เช่น

- แบบทดสอบสถานการณ์จำลอง Trauma patient
- แบบทดสอบสถานการณ์จำลอง Medical patient
- แบบทดสอบสถานการณ์จำลอง การช่วยคลอดและการดูแลทารกหลังคลอด
- แบบทดสอบสถานการณ์จำลองการช่วยฟื้นคืนชีพและใช้ AED

หมายเหตุ ๑.แบบทดสอบสถานการณ์จำลองนี้ องค์กรฝึกอบรมสามารถกำหนดได้เอง ตามโจทย์ สถานการณ์จำลองในการทดสอบ โดยให้สามารถสอบวัดความรู้และทักษะของผู้เข้ารับการอบรมได้อย่างครอบคลุม

กำหนดการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน ๔๐ ชั่วโมง

วันที่	เวลา	เนื้อหา	วิทยากร
๑	๘.๐๐-๘.๓๐ น.	ลงทะเบียนและPre-test	
	๘.๓๐-๙.๐๐ น.	พิธีเปิด	
	๙.๐๐-๑๐.๐๐ น.	ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	
	๑๐.๐๐-๑๑.๐๐ น.	ความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ปฏิบัติการ	
	๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	กฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ฉุกเฉิน	
	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	ร่างกายมนุษย์	
	๑๔.๐๐-๑๕.๐๐ น.	สัญญาณชีพและการเฝ้าระวัง	
	๑๕.๐๐-๑๖.๐๐ น.	การสื่อสารในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	
	๑๖.๐๐-๑๗.๐๐ น.	การขยายเบื้องต้น	

วันที่	เวลา	เนื้อหา	วิทยากร
๒	๐๘.๐๐-๑๑.๐๐	แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ ๑.การวัดสัญญาณชีพ ๒.การขยายเบื้องต้น ๓.การสื่อสาร	
	๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นต้น การประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน	
	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	ระบบทางเดินหายใจและการจัดการ	
	๑๔.๐๐-๑๕.๐๐ น.	การหายใจและการช่วยเหลือ	
	๑๕.๐๐-๑๗.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติทางเดินหายใจและการจัดการและการช่วยเหลือ	

วันที่	เวลา	เนื้อหา	วิทยากร
๓	๘.๐๐-๑๐.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วยขั้นต้น การประเมินสภาพผู้ป่วยฉุกเฉิน	
	๑๐.๐๐-๑๑.๐๐ น.	การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	
	๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์)	
	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	การดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบบ่อย	
	๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น.	แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและAED	
	๑๖.๐๐-๑๗.๐๐ น.	แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบบ่อย	

วันที่	เวลา	เนื้อหา	วิทยากร
๔	๘.๐๐-๑๐.๐๐ น.	การดูแลเบื้องต้นในผู้ได้รับบาดเจ็บ	
	๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บ	
	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	การยกและเคลื่อนย้าย	
	๑๔.๐๐-๑๗.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการยกและเคลื่อนย้าย	
	๑๗.๐๐-๑๘.๐๐ น.	ปฏิบัติการฉุกเฉินและการเขียนรายงาน	

วันที่	เวลา	เนื้อหา	วิทยากร
๕	๘.๐๐-๐๙.๐๐ น.	การจัดการทางการแพทย์และการจัดการสาธารณสุข	
	๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณสุข	
	๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	Post test	
	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
	๑๓.๐๐-๑๗.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการทดสอบสถานการณ์จำลอง ๖ ฐาน	



ติดรูปถ่าย

๑.๕ นิ้ว

แบบยื่นคำขอรับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ระบุระดับประกาศนียบัตรที่ตรงกับคุณสมบัติของท่าน (เพียงหนึ่งระดับ)

- | | |
|---|---|
| ☐ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ | ☐ แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน |
| ☐ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ | ☐ ผู้กำกับปฏิบัติการฉุกเฉิน |
| ☐ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ | ☐ ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน |
| ☐ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ | ☐ ผู้ประสานการปฏิบัติการฉุกเฉิน |
| | ☐ พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน |

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลทั่วไป

๑. ข้าพเจ้า คำนำนาม ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ (ยศหรือคำนำหน้าอื่นๆระบุ)
ชื่อ (ไทย) สกุล
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
๓. วันเดือนปีเกิด วันที่ เดือน พ.ศ. ปัจจุบันอายุ ปี
๔. เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา
๕. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
๖. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ
e-mail
๗. ชื่อหน่วยงานต้นสังกัด ที่ตั้งเลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
๘. ประเภทของหน่วยงานต้นสังกัด
☐ หน่วยราชการ สังกัดกระทรวง ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ มูลนิธิ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
๙. ที่อยู่ที่ต้องการให้ สพอ.ติดต่อ สำหรับจัดส่งเอกสาร
☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ตามหน่วยงานต้นสังกัด
☐ ที่อยู่อื่น (โปรดระบุ) เลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
๑๐. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด
☐ ประถมศึกษา ชั้นปีที่ ☐ มัธยมศึกษาชั้นปีที่
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช) สาขา ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส) สาขา
☐ ปริญญาตรี สาขา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี (ระบุ)

๑๑. ประวัติการศึกษาหรือฝึกอบรมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ที่เกี่ยวข้องกับระดับของประกาศนียบัตรที่ยื่นคำขอในครั้งนี้)

หลักสูตร	สถาบัน	ปีพ.ศ.	หมายเหตุ
☐ หลักสูตรการปฐมพยาบาลและช่วย ปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน			
☐ หลักสูตรปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง			
☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์			
☐ วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์			
☐ การกู้ชีพขั้นสูงและการอำนวยความสะดวก ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล			
☐ การกำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน			ระบุเลขที่ ผจป.
☐ การดำเนินงานปฏิบัติการฉุกเฉิน			ระบุเลขที่ นฉพ./พว
☐ การประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน			ระบุเลขที่ จฉพ.
☐ การรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน			ระบุเลขที่ พฉพ.

เอกสารประกอบการยื่นคำขอรับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา
๒. สำเนาวุฒิการศึกษาพร้อมรับรองสำเนา ตามที่ระบุในข้อ ๑๐ (เฉพาะผู้ขอรับประกาศนียบัตรในระดับ พฉพ.)
๓. แบบเอกสารแสดงการรับรองการเป็นผู้ผ่านการศึกษหรือฝึกอบรม
 - ๓.๑ กรณีเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรม ให้แนบหนังสือรับรองผู้มีผลการประเมินและสอบผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (cert. niems 04)
 - ๓.๒ กรณีเป็นผู้ผ่านการศึกษา ให้แนบสำเนาหลักฐานแสดงคุณวุฒิการผ่านการศึกษในหลักสูตรที่ อศป. รับรอง ที่ออกโดย
สถาบันการศึกษาที่ อศป. รับรอง พร้อมรับรองสำเนา
๔. กรณียื่นขอรับประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการอำนวยความสะดวกให้แนบสำเนาประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ที่ยังไม่หมดอายุ
ตามที่ระบุในข้อ ๑๑
๕. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๖. ใบรับรองแพทย์
๗. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนา
๘. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ ให้องค์กรฝึกอบรมทำการบันทึกข้อมูลของผู้ยื่นคำขอรับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน ผ่านทางระบบโปรแกรมของศูนย์การศึกษา
และฝึกอบรมที่ <http://register.niems.go.th/> ให้ครบถ้วน ก่อนการส่งเอกสารฉบับนี้