

-ตัวอย่าง-



แบบขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๗)

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ นายวรพจน์

นามสกุล ชาวไร่อ้อย

หมายเลขบัตรประชาชน 5 7401 00036 03 6

เกิดวันที่ 28/06/2525

วุฒิการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ป.ตรี ป.โท ป.เอก อื่นๆ

การฝึกอบรมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หลักสูตร

FR จบวันที่ 22 เดือน พฤษภาคม ปี 2553

EMT-B จบวันที่ เดือน ปี

EMT-I จบวันที่ เดือน ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน 1500 ถนนเอกชัย ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

๒. ประเภทผู้ปฏิบัติการ

๑. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

(ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอาสากู้ชีพ (FR))

๕. พยาบาล (nurse)

๖. แพทย์

๒. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์

(เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B))

๗. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency physician)

๘. ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

๓. เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

(เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I))

๙. ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน (ระบุ).....

๔. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) (ยังไม่ต้องการ)

๓. การปฏิบัติงาน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

เริ่มปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553 (วันที่แจ้งขึ้นทะเบียนปฏิบัติการในระบบ)

รหัสประจำตัวผู้ปฏิบัติการ (EMS) ในปัจจุบัน 74016161058

ปัจจุบันปฏิบัติงาน EMS สังกัดหน่วยปฏิบัติการชื่อ โรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอ เมือง
จังหวัด สมุทรสาคร

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(นายวรพจน์ ชาวไร่อ้อย)

๐๙/๐๙/๒๕๕๕

ลงชื่อ ผู้รับรอง

(นายรณชัย กัณห์สุวรรณ)

๐๙/๐๙/๒๕๕๕

หมายเหตุ เพื่อสิทธิและสวัสดิการที่จะเกิดขึ้นจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตามพรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ๒๕๕๑

โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา ชัดคร่อม "ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับ สพอ.เท่านั้น")



แบบขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๗)

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ นามสกุล

หมายเลขบัตรประชาชน เกิดวันที่

วุฒิการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ป.ตรี ป.โท ป.เอก อื่นๆ

การฝึกอบรมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หลักสูตร

FR จบวันที่.....เดือน.....ปี.....

EMT-B จบวันที่.....เดือน.....ปี.....

EMT-I จบวันที่.....เดือน.....ปี.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

๒. ประเภทผู้ปฏิบัติการ

๑. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอาสาสมัคร (FR))
๒. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B))
๓. เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I))
๔. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) (ยังไม่ต้องกรอก)
๕. พยาบาล (nurse)
๖. แพทย์
๗. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency physician)
๘. ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
๙. ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ระบุ).....

๓. การปฏิบัติงาน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

- เริ่มปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มเดือน.....พ.ศ. (วันที่แจ้งขึ้นทะเบียนปฏิบัติการในระบบ)
- รหัสประจำตัวผู้ปฏิบัติการ (EMS) ในปัจจุบัน
- ปัจจุบันปฏิบัติงาน EMS สังกัดหน่วยปฏิบัติการชื่อ.....อำเภอ.....จังหวัด.....สมุทรสาคร.....

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ เพื่อสิทธิและสวัสดิการที่จะเกิดขึ้นจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตามพรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ๒๕๕๑
โปรดแนบบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา ชัดคร่อม “ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับ สพอ.เท่านั้น”)