

-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

๕. พยาบาล (nurse)

(ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น อาสากู้ชีพ (FR))

๖. แพทย์

๒. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์

๗. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency physician)

(เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B))

๘. ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

๓. เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

๙. ผู้บริหาร/ผู้รับผิดชอบ/ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบ

(เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I)) การแพทย์ฉุกเฉิน (ระบุ).....

๔. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) (ยังไม่ต้องกรอก)

๓. การปฏิบัติงาน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

เริ่มปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มเดือน...พฤษภาคม...พ.ศ. 2553 (วันที่แจ้งขึ้นทะเบียนปฏิบัติการในระบบ)

รหัสประจำตัวผู้ปฏิบัติการ (EMS) ในปัจจุบัน 74016161058.....

ปัจจุบันปฏิบัติงาน EMS สังกัดหน่วยปฏิบัติการชื่อ โรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอ..... เมือง.....
จังหวัด.....สมุทรสาคร.....

ลงชื่อผู้สมัคร

ลงชื่อผู้รับรอง

(นายวรพจน์ ชาวไร่อ้อย)

(นายรณชัย กัณห์สุวรรณ)

๐๙/๐๙/๒๕๕๕

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 จบวันที่เดือน.....ปี

EMT-B จบวันที่เดือน.....ปี

EMT-I จบวันที่เดือน.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน

๒. ประเภทผู้ปฏิบัติการ

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

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 ชิดคร่อม “ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงสำหรับ สพจ.เท่านั้น”)