



ติดยุติ 1.5 นั้
หน้าตริง
ไม่สวมนแวน
ไม่สวมนหมวก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แบบสมัครโครงการประชุม เจริญปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี

หลักสูตร ปฐมนิเทศ และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (๔๐ ชั่วโมง)

ระหว่างวันที่ ๕ - ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุม ๓ ชั้น ๔ อาคาร ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑. ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....วัน เดือน ปี เกิด.....
๓. เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
๔. การศึกษาสูงสุด.....สถาบันการศึกษา.....
๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ (ระบุ).....
๖. หน่วยงานต้นสังกัด(ตต./อบต./มูลนิธิฯ).....
ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม “ การปฐมนิเทศและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (๔๐ ชั่วโมง) ”
ข้าพเจ้า (หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ/ผู้แทน).....ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....ขอรับรองว่า (ชื่อผู้สมัคร).....

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและ การปฏิบัติการ
ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ ๒๕๕๔ ดังนี้

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้น ม.๓ หรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์และไม่เกิน ๖๐ ปี
๓. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย จะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดี
๕. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
๖. ไม่เป็นโรคที่ อกศป.ประกาศกำหนด
๗. ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
๘. ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์
๙. ข้าราชการและมีใบอนุญาตข้าราชการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ติดยุติ พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาวุฒิการศึกษาในการสมัครฝึกอบรม)