



แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่
ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

ชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่ขอรับการตรวจสอบ.....

คำแนะนำในการใช้แบบฟอร์ม

แบบฟอร์มนี้ ใช้สำหรับหน่วยงานหรือองค์กร ที่ประสงค์จะขอยื่นความจำนงขอรับการตรวจประเมินเพื่ออนุมัติ
เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน โดยให้ดำเนินการดังนี้

1. ประเมินความพร้อมของหน่วยงานของตนเอง และเตรียมเอกสารหรือหลักฐานให้พร้อมตามที่ระบุไว้ในแต่
ละหัวข้อ โดยจะต้องระบุข้อมูลให้ครบทุกรายการ

2. ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่เป็นข้อมูลตามความเป็นจริงของหน่วยงาน

✓ ในช่อง ☐ “มี” กรณีที่มี/เป็นไปตามหลักเกณฑ์

✓ ในช่อง ☐ “ไม่มี” กรณีที่ไม่มี/ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์

✓ ในช่อง ☐ “ไม่สมบูรณ์” กรณี พบว่า มีข้อมูลตามหลักเกณฑ์เป็นส่วนใหญ่ แต่มีบางส่วนที่มีแต่
ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หากเลือกข้อนี้ ให้ระบุ ข้อมูลส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ในช่อง “หมายเหตุ”

3. หน่วยงานหรือองค์กรที่ประเมินตนเองตามแบบฟอร์มนี้แล้ว ประสงค์จะยื่นขอรับการตรวจสอบเพื่อขอ
อนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะยื่นได้เมื่อมีผลการประเมินตนเองตามแบบฟอร์มนี้พบว่า “มี” ในทุก
รายการ

4. เมื่อประเมินความพร้อมของหน่วยงานตนเองแล้วพบว่า มีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ เป็นไปตาม
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในทุกรายการ และมีหลักฐานหรือเอกสารตามที่กำหนดครบถ้วน ให้ยื่นความจำนง
ขอรับการตรวจสอบเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน โดยให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/
สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และรอนัดวัน เวลา เพื่อทำการตรวจประเมิน ต่อไป

แบบฟอร์มนี้ จะประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้

หมวด 1 ลักษณะหน่วยปฏิบัติการตามองค์ประกอบการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่

หมวด 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ



แบบประเมินตนเองเพื่อแสดงความพร้อมเกี่ยวกับลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่
ของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน

วันที่ยื่น.....

วันที่ สสจ/กทม รับเรื่อง.....

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ

1. ชื่อหน่วยปฏิบัติการ.....

2. ลักษณะทั่วไปของหน่วยงานหรือองค์กร (สรุปสั้นๆ)

(ชื่อหน่วยงาน).....เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์.....

มีภารกิจด้านการแพทย์ฉุกเฉิน อะไรบ้าง.....

3. ที่อยู่/สถานที่ตั้งหน่วยปฏิบัติการ เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/
เขต.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ต่อ.....

4. จำนวนชุดปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติการภายใต้หน่วยปฏิบัติการ

(ดูรายละเอียดหลักการคิดเพื่อระบุจำนวนชุดปฏิบัติการ ได้จากตัวอย่างจากเอกสารท้ายแบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากร)

4.1 จำนวนชุดปฏิบัติการการแพทย์พื้นฐาน.....ชุด

4.2 ผู้ปฏิบัติการทั้งหมด จำนวน.....คน ประกอบด้วย

(ก) หัวหน้าชุดที่เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน.....คน

(ข) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดที่เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน.....คน

(ค) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน/ผู้ควบคุมเรือ(ถ้ามี) จำนวน...../.....คน

5. พาหนะบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้หน่วยปฏิบัติการ

5.1 พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก (รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)

(ก) ประเภทลำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....คัน

(ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....คัน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของหน่วยปฏิบัติการ

5.2 พาหนะปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ (เรือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน) (ถ้ามี)

(ก) ประเภทลำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....ลำ
(ข) ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย จำนวน.....ลำ

6. ผู้ให้ข้อมูล (คือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและประสานงานของหน่วยปฏิบัติการนั้น)

ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ประสานงาน คนที่ 1 ชื่อ.....โทรศัพท์.....

E-mail.....

ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ประสานงาน คนที่ 2 ชื่อ.....โทรศัพท์.....

E-mail.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
ลักษณะของหน่วยงานที่จะเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ต้องมีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้					
ข้อ 1 เป็นหน่วยงานหรือองค์กรของรัฐหรือใน กำกับของรัฐหรือของสภากาชาดไทยที่มี อำนาจหน้าที่หรือได้รับมอบหมายหรือ วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการจัดบริการด้าน สาธารณสุขหรือการแพทย์	ถ้าเลือกข้อนี้ เอกสารสำคัญที่ ต้องเตรียมคือ - เอกสารแสดงการดำเนินงาน ด้านปฏิบัติการแพทย์ (อาจะระบุ ไว้ในคำอธิบายลักษณะทั่วไปของ หน่วยงานในส่วนที่ 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 2 เป็นองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือ กฎหมายอื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ด้านปฏิบัติการแพทย์	1. สำเนาหนังสือรับรองการ จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ต้องแสดง หลักฐานให้ ครบถ้วน ทั้ง 2 ข้อ จึงจะถือว่า “มี”
	2. เอกสารที่มีการระบุ วัตถุประสงค์การดำเนินงาน ด้านปฏิบัติการแพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
หมวดที่ 1 ลักษณะตามองค์ประกอบของการเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน					
ข้อ 1: บุคลากร					
(1) ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน มีผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน	1. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
ชื่อ..... ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทุกข้อ ดังนี้	ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริง				
	2. คำสั่งแต่งตั้งหรือเอกสาร มอบหมายให้ทำหน้าที่เป็น ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1) มีประสบการณ์ปฏิบัติการแพทย์พื้นฐานนอก โรงพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี	1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ที่ที่มีการ ระบุรายชื่อ ประสบการณ์ และข้อมูลของผู้บริหาร การแพทย์ฉุกเฉิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2) ผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติ การแพทย์ระดับพื้นฐานตามมาตรฐานที่ สพฉ. กำหนด	1. สำเนาหลักฐานที่แสดงการ ผ่านการอบรมเป็นผู้บริหาร หน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3) เป็นผู้ปฏิบัติการ กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งดังต่อไปนี้ (ก) กลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์ที่ได้รับ ประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่า สาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ.) หรือ (ข) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ (ให้ ระบุ “คุณวุฒิ” ในช่อง หมายเหตุ)	1. สำเนาประกาศนียบัตร (กรณี เป็นผู้ปฏิบัติการกลุ่มช่วย ฉุกเฉินการแพทย์) หรือ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (กรณีเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ) ที่ยังไม่หมดอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div> <div>ผู้ปฏิบัติการกลุ่ม ช่วยฉุกเฉิน การแพทย์ สาขา ใดสาขาหนึ่ง ดังต่อไปนี้</div> <div> <input type="checkbox"/> นฉพ. <input type="checkbox"/> จฉพส. <input type="checkbox"/> จฉพ. <input type="checkbox"/> พฉพพ. <input type="checkbox"/> พฉพ. </div> <div>ผู้ประกอบ วิชาชีพ</div> <div> <input type="checkbox"/> ผู้ประกอบโรค ศิลป์สาขา ฉุกเฉินการแพทย์ </div> </div>

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
					<input type="checkbox"/> พยาบาล วิชาชีพที่ ปฏิบัติการฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> แพทย์ที่ ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายเหตุ ต้องมีคุณสมบัติ และหลักฐาน แสดงคุณสมบัติ ครบถ้วนทั้ง 3 ข้อ จึงจะถือว่า “มี”
(2) หัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน โดยเป็นผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขา พนักงาณฉุกเฉินการแพทย์ มี จำนวนทั้งหมดคน (ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของทุกคน ดังนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จำนวนหัวหน้าชุด ต้องสอดคล้องกับ จำนวนชุด ปฏิบัติการตาม ข้อมูลในส่วนที่ 1 ข้อ 4
	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่ หมดอายุ ของทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดง รายชื่อและข้อมูลหัวหน้าชุด ปฏิบัติการทั้งหมด ไว้ใน แบบฟอร์ม ตามที่กำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) ผู้ช่วยหัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน โดยเป็นผู้ได้รับ	ต้องแสดงหลักฐานของ ทุกคน ดังนี้				จำนวนผู้ช่วย หัวหน้าชุดต้อง สอดคล้องกับ จำนวนชุด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
ประกาศนียบัตรสาขาไม่ต่ำกว่าอาสาศักดิ์ฉุกเฉิน การแพทย์ (อฉพ.) มีจำนวนทั้งหมด.....คน (ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด)					ปฏิบัติตาม ข้อมูลในส่วนที่ 1 ข้อ 4
	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูลบุคลากรของหน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดงรายชื่อและข้อมูล พนักงานขับรถไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้นทะเบียนในสังกัดของหน่วยปฏิบัติการนั้นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งหมด.....คน โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้ (โดยอาจเป็นบุคคลเดียวกับ ผู้ช่วยหัวหน้าชุดก็ได้ ให้ระบุรายชื่อ และคุณวุฒิในแบบฟอร์มที่กำหนด)	ต้องแสดงหลักฐานของทุกคน ดังต่อไปนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กรณีการขอขึ้นทะเบียนครั้งแรก หน่วยปฏิบัติการที่ยังไม่มีผู้ผ่านการอบรม หลักสูตรพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการทำหน้าที่พนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการดำเนินการจัดให้มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถบริการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
					การแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน 3 ปี
	1. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดง รายชื่อและข้อมูล พนักงาน ขับรถไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่ กำหนด				
	2. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริงทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.1) เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรไม่ต่ำกว่าสาขา อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ทุกคน	1. สำเนาประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ ของ ทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการขับรถบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาลหรือ หลักสูตรอื่นที่ สพฉ. กำหนด ทุกคน	1. หลักฐานแสดงการผ่านการ อบรมหลักสูตรการขับรถ บริการการแพทย์ฉุกเฉินและ รถพยาบาลหรือหลักสูตรอื่น ที่ สพฉ. กำหนด ของทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3) ได้รับอนุญาตขับขี่ตามกฎหมายว่าด้วย การจราจรทางบก ทุกคน	1. สำเนาใบอนุญาตขับขี่ตาม กฎหมายว่าด้วยการจราจร ทางบก ที่ยังไม่หมดอายุ ของ ทุกคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) บุคลากรสนับสนุน เป็นผู้ปฏิบัติการหรือไม่ก็ได้ มีจำนวน.....คน (ระบุรายชื่อ และคุณสมบัติในแบบฟอร์มที่กำหนด)	1. เอกสารที่แสดงการรับรองว่า เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ได้ขึ้น ทะเบียนในสังกัดของหน่วย ปฏิบัติการนั้นจริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	2. แบบฟอร์มแสดงข้อมูล บุคลากรของหน่วย ปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1) ให้แสดง รายชื่อและข้อมูล บุคลากร สนับสนุนไว้ในแบบฟอร์ม ตามที่กำหนด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. หากเป็นผู้ปฏิบัติการให้แสดง หลักฐานสำเนา ประกาศนียบัตร ที่ยังไม่หมดอายุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
สำหรับหน่วยปฏิบัติการเดิม ที่ได้รับการ ประกาศรายชื่อเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตาม ข้อ 9 ผู้ปฏิบัติการที่เป็นหัวหน้าชุด ผู้ช่วยหัวหน้า ชุด และพนักงานขับรถ อย่างน้อย 2 ใน 3 ของผู้ ปฏิบัติการทั้งหมด แต่ละคนจะต้องมีผลการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านอย่างน้อยเฉลี่ย เดือน ละ 4 ครั้ง ในแต่ละไตรมาส	1. ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ ผ่านมาของผู้ปฏิบัติการ ให้ แสดงข้อมูลไว้ในแบบฟอร์ม แสดงข้อมูลบุคลากรใน หน่วยปฏิบัติการ (Form EMS Personnel 01-1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หน่วยที่ขออนุมัติ ใหม่ ไม่ต้อง รายงานข้อนี้
ข้อ 2 : ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่น					
(1) จัดให้มีเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่นที่จำเป็น อย่างเพียงพอ พร้อมใช้ ดังนี้					
1.1) อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน	1. แบบฟอร์มแสดงรายการ อุปกรณ์ ตามแบบฟอร์มที่ กำหนด (Form Equipment 01-1) 2. ภาพถ่ายแสดงให้เห็นถึง อุปกรณ์ที่มีในหน่วย ให้แสดง ภาพถ่ายไว้ใน (Form Equipment 01-1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	รายการอุปกรณ์/ รูปถ่ายอุปกรณ์ ตามจำนวนที่ กำหนดขั้นต่ำ/ชุด
1.2) อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์สำหรับการประเมิน ผู้ป่วยฉุกเฉิน		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3) อุปกรณ์ปฐมพยาบาลและปฏิบัติการแพทย์ ขั้นพื้นฐาน		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4) อุปกรณ์การยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้าย					

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(2) มีระบบการบริหารจัดการเพื่อการบำรุงรักษา	1. แสดงหลักฐานการจัดเก็บ บำรุงรักษา การทำความสะอาด สะอาด อุปกรณ์ต่างๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) มีสถานที่จัดเก็บเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และ อุปกรณ์ ที่เป็นสัดส่วน ถูกต้องตามหลัก มาตรฐาน	1. ภาพถ่ายสถานที่จัดเก็บ เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และ อุปกรณ์ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ใน แบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency)				
ข้อ 3: พาหนะ					
(1) มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน.....คัน รถทุกคันได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศ สพด.ดังนี้		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1) จดทะเบียนในนามหน่วยงานของรัฐ หรือนิติ บุคคล หรือผู้ประกอบการที่มีบันทึกข้อตกลง หรือสัญญาร่วมปฏิบัติการกับหน่วยงานของ รัฐ หรือนิติบุคคล	1. หลักฐานการจดทะเบียนที่ระบุ ว่าเป็นรถที่จดทะเบียนในนาม หน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล หรือผู้ประกอบการที่มีบันทึก ข้อตกลง หรือสัญญาร่วม ปฏิบัติการกับหน่วยงานของรัฐ หรือนิติบุคคล ของรถทุกคัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2) จดทะเบียน ต่อทะเบียน ชำระภาษีรถยนต์ และภาษีสรรพสามิตถูกต้องครบถ้วน	1. สำเนาคู่มือจดทะเบียนรถ 2. หลักฐานการต่อทะเบียน และ การชำระภาษีรถยนต์ประจำปี หรือป้ายวงกลม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3) ในกรณีเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเภทลำเลียงผู้ป่วยต้องจดทะเบียนเป็น รถพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522	1. หลักฐานการจดทะเบียนเป็น รถพยาบาลตามกฎหมายว่า ด้วยพระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 ของรถทุกคันที่ เป็นรถบริการการแพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กรณีที่ยังไม่ได้ รับการรับรอง ให้ ยื่นขอรับรองรถ พร้อมกับการยื่น ขออนุมัติเป็น หน่วยปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ฉุกเฉินประเภทลำเลียงผู้ป่วย				
1.4) การขอรับรองเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งแรก รถต้องมีอายุไม่เกิน 7 ปี นับจาก วันที่จดทะเบียน	1. หนังสือที่แสดงว่าได้รับการ รับรองมาตรฐานจาก สพฉ. แล้ว 2. คู่มือทะเบียนรถพร้อมเอกสาร การยื่นขอรับรองรถตามที่ สพฉ. กำหนด (กรณีที่ยัง ไม่ได้รับการรับรอง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5) จัดให้มีประกันภัยรถยนต์ภาคสมัครใจโดยมี ความคุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ (ประกันภัยรถยนต์ไม่ต่ำกว่าประเภท 5)	1. กรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ ภาคสมัครใจโดยมีความ คุ้มครองตามกรมธรรมรถยนต์ ของรถทุกคัน ที่ยังอยู่ในระยะ คุ้มครอง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของ รถ	1. แบบตรวจสอบความพร้อม ของประจำวัน ข้อมูลการ ตรวจเช็ครถตามระยะ				(หากไม่มี ไม่ต้อง ตอบข้อนี้)
(2) พาหนะประเภทอื่น เช่น เรือ มีจำนวน.....ลำ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1) เรือทุกลำได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	1. เอกสารแสดงการได้รับการ อนุญาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2) มีระบบการตรวจสอบความพร้อมใช้งานของ เรือ	1.แนวทางหรือวิธีปฏิบัติในการ ตรวจสอบความพร้อมของ เรือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3) ผู้ควบคุมเรือ ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่า ด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทย	1. เอกสารแสดงการได้รับการ อนุญาต				
ข้อ 4: การสื่อสารและสารสนเทศ					
หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะต้องจัดให้มีเครื่องมือสื่อสารและระบบ สารสนเทศ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน อย่างน้อย ดังต่อไปนี้			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) โทรศัพท์เคลื่อนที่ /โทรศัพท์พื้นฐาน	1. ภาพถ่ายแสดงเครื่องมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
จำนวน...../.....เครื่อง	สื่อสารที่ใช้ในหน่วยปฏิบัติการ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ใน (Form Picture for EMS Agency)				
(2) ระบบอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณ เพื่อรับคำสั่งและส่งข้อมูลกับหน่วยปฏิบัติการ อำนาจการได้		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หากมีการใช้วิทยุ คมนาคม แต่ยังไม่ ขอเข้าร่วมตาม ระเบียบ สพฉ.ใน วันที่ยื่นขออนุมัติ ขอให้รับ ดำเนินการขอเข้า ร่วมให้แล้วเสร็จ
(3) กรณีใช้ข่ายวิทยุสื่อสารวิทยุคมนาคมหรือวิทยุ คมนาคมฯ ต้องได้รับการรับรองตามกฎหมายว่า ด้วยวิทยุคมนาคมและระเบียบ สพฉ.ว่าด้วยการ ควบคุมการใช้วิทยุคมนาคมแบบสังเคราะห์ความถี่ พ.ศ.2562 และที่แก้ไขเพิ่มเติม	1. หนังสือรับรองการเข้าร่วม เครือข่ายวิทยุคมนาคมฯ				
ข้อ 5 : อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก					
หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน จะต้องจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก อย่างน้อย ดังต่อไปนี้ ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Agency)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) มีสถานที่ ตั้งชัดเจน อาคารมีความมั่นคง แข็งแรง	1. ภาพถ่ายสถานที่ตั้ง ทั้ง ภายนอกและภายใน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) มีสถานที่จอดรถหนวดุกเงินเท่ากับจำนวน พาหนะ	1. ภาพถ่ายสถานที่จอดรถ/เรือ				
(3) มีสถานที่ ปฏิบัติงาน/ห้องพักสำหรับผู้ ปฏิบัติการในช่วงเวลาที่ หมุนเวียนมา ปฏิบัติงาน	1. ภาพถ่ายห้องปฏิบัติงาน/ห้อง ปฏิบัติงาน/ห้องพักเวร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) มีสถานที่จัดเก็บยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็น ต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่เหมาะสมตาม มาตรฐาน	1. ภาพถ่ายสถานที่/ห้องเก็บ อุปกรณ์ของหน่วยปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
หมวด 2 ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่					
ข้อ 1.หน่วยปฏิบัติการมีเขตพื้นที่สำหรับการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับการมอบหมายอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่นั้น	1. เอกสารแสดงเขตพื้นที่สำหรับ การปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้รับ มอบหมายจากผู้บริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 2 หน่วยปฏิบัติการมีการกำหนดช่วงเวลาสำหรับ การปฏิบัติการฉุกเฉินที่ชัดเจน และได้รับความ เห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้บริหาร จัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่นั้น	1. เอกสารแสดงการระบุ ช่วงเวลาสำหรับการปฏิบัติการ ฉุกเฉิน ที่ผ่านความเห็นชอบ หรือได้รับการมอบหมายจาก ผู้บริหารจัดการระบบ การแพทย์ฉุกเฉินในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อาจเตรียม แบบบันทึก รายงานการ ปฏิบัติการ ฉุกเฉินที่ผ่าน มา
ข้อ 3 มีกระบวนการควบคุม กำกับกับการปฏิบัติการ ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการให้ปฏิบัติตามอำนาจ หน้าที่ ชอบเขต ความเป็นอิสระ และ ข้อจำกัด ตามระดับ ของตน	1. เตรียมผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉินของหน่วย ฯ และ ผู้ปฏิบัติการ เพื่อรับการ สัมภาษณ์จากผู้ตรวจสอบใน วันที่ทำการตรวจประเมิน				
ข้อ 4 มีมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และสาธารณะ อย่างน้อย ดังต่อไปนี้		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1) มีระบบกำกับ ติดตามให้ผู้ปฏิบัติการทุกคน ได้รับประกาศนียบัตรและต่ออายุภายในห้วง เวลาที่กำหนด เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่าผู้ปฏิบัติการ ยังมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการ ฉุกเฉิน เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	1. ทะเบียนฐานบุคลากรของ หน่วยปฏิบัติการ โดยมีข้อมูล ในส่วนของประกาศนียบัตร ของผู้ปฏิบัติการทุกคนอยู่ใน ฐานข้อมูลดังกล่าวด้วย 2.หลักฐานแสดงถึงว่ามีการ มอบหมายเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ ติดตามและ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน อยู่ตลอดเวลา รวมถึง สถานะการต่ออายุ ประกาศนียบัตรของผู้ ปฏิบัติการ				
(2) มีแนวทางปฏิบัติหรือข้อตกลงหรือกติกาเบื้องต้น สำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกคนในการเป็นผู้ปฏิบัติงาน ของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติงาน เช่น - ด้านพฤติกรรมบริการที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน ความมีระเบียบ วินัย ความ รับผิดชอบในหน้าที่ ความซื่อสัตย์ - ด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติ การแพทย์ขั้นพื้นฐานต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีระบบ การแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบช่องทางการ รายงานข้อมูลผู้ป่วยหากผู้ป่วยฉุกเฉินมีอาการ ทรุดลง	1.เอกสารการปฐมนิเทศ ผู้ปฏิบัติงานใหม่ หรือเอกสาร ที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติใน เรื่องดังกล่าว <u>หรือ</u> 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารการแพทย์ ฉุกเฉิน หรือผู้ปฏิบัติการ 3. แนวทางหรือวิธีปฏิบัติ (Protocol) ที่ใช้ในหน่วย ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติการในการ ป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโรค การ ดูแลรักษาความสะอาดอุปกรณ์และพาหนะ	1. เอกสารเกี่ยวกับแนวทาง ปฏิบัติเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ 2. เตรียมผู้ปฏิบัติการเพื่อให้ ข้อมูลกับผู้ตรวจสอบในวันที่ ตรวจประเมิน เกี่ยวกับการ ปฏิบัติเมื่อมีการนำส่งผู้ป่วย ฉุกเฉิน การจัดการขยะติดเชื้อ การทำความสะอาดอุปกรณ์ ยานพาหนะ เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
(4) มีการให้ความสำคัญกับเรื่องนโยบายด้านความปลอดภัยและมีระบบการสื่อสารข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ทราบอย่างทั่วถึง	1. เอกสารที่ระบุถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับมาตรการความปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานและสาธารณะ หรือ 2. อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร หรือผู้ปฏิบัติการ				
(5) มีมาตรการดูแลสุขภาวะและสวัสดิภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- การได้รับวัคซีนที่จำเป็น	1. ข้อมูลการได้รับวัคซีนของผู้ปฏิบัติงาน 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- การจัดตารางการหมุนเวียนผลัดเวร ให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ	1. ตารางเวร หรือ สุ่มสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- สวัสดิการ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการ	สัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
หมวด 3 การบริหารจัดการและการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ					
ข้อ 1 มีระบบการบริหารอัตรากำลังเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามช่วงเวลาที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น (ตามหมวด 2 ข้อ 2)	1. แสดงข้อมูลระยะเวลาการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยปฏิบัติการนี้ 2. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึงแนวทางการบริหารงานบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 2 มีการจัดการระบบสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในถูกสุขลักษณะและปลอดภัย	1. ภาพถ่ายสถานที่ปฏิบัติงาน/ห้องพัก/ห้องน้ำ/สถานที่รับประทานอาหาร ให้แสดงภาพถ่ายไว้ในแบบฟอร์ม (Form Picture for EMS Unit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะ ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และการบริหารจัดการ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	เอกสารหลักฐานสำคัญและ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแสดง	ข้อมูลของหน่วยฯ			หมายเหตุ
		มี	ไม่มี	ไม่ สมบูรณ์	
	2. สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือ ผู้ปฏิบัติการ				
ข้อ 3 มีการกำหนดเป้าหมายและงบประมาณ สำหรับการดำเนินงาน	1. สัมภาษณ์ผู้บริหารถึง เป้าหมายการดำเนินงานและ การสนับสนุนงบประมาณ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ข้อ 4 มีการบูรณาการความร่วมมือกับองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานหรือ องค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินงานหรือ บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินท้องถิ่น นั้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และมาตรฐานการ ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ กพฉ.กำหนด	1. หลักฐานแสดงความร่วมมือ กับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น เพื่อดำเนินงานหรือบริหาร จัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (หรืออาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร)				
ข้อ 5 มีการดำเนินงานปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐานตามการอำนวยความสะดวกของหน่วย ปฏิบัติการอำนวยความสะดวกอย่างน้อย 1 ครั้งในแต่ ละสัปดาห์	1. ข้อมูลแสดงผลการปฏิบัติงาน ที่ผ่านอย่างน้อย 1 เดือน ย้อนหลังก่อนวันยื่นขอรับการ ตรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. กรณีเป็นหน่วยใหม่ ให้เตรียม ข้อมูลแสดงแผนการ ดำเนินงานและการบริหาร จัดการเพื่อให้มีความพร้อมใน การออกปฏิบัติการตลอดเวลา เมื่อได้รับการประสานจาก หน่วยปฏิบัติการอำนวยความสะดวกใน พื้นที่ (อาจสัมภาษณ์ผู้บริหาร)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ข้าพเจ้า...(ชื่อ สกุล).....ซึ่งเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ ที่รับมอบหมายจาก
ผู้บริหารของหน่วยงานหรือองค์กร ให้เป็นผู้ให้ข้อมูลประกอบการยืนยันขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน
ขอรับรองว่าข้อมูลที่แสดงข้างต้น เป็นข้อมูลจริงทุกประการ .

.....

()

ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ

วันที่...../...../.....

ผู้ให้ข้อมูล