

แบบฟอร์มขอยกเว้นลักษณะบางประการสำหรับ สสจ./กทม. ถึงอนุกรรมการฯ

ที่...../.....

หน่วยปฏิบัติการ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การขอยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ กรณีไม่เป็นไปตามผนวกแนบท้ายประกาศคณะกรรมการ  
การแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์  
พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตามที่หน่วยงาน/องค์กร..... ได้ยื่นขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์  
ระดับ..... สสจ./กทม. ได้จัดให้มีการตรวจสอบลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ ของหน่วยงาน  
ดังกล่าว ในวันที่..... และได้สรุปรายงานผลการตรวจประเมินเสนอต่อ **คณะผู้อนุมัติ**  
**จังหวัด...../กทม.** ในการประชุมคณะผู้อนุมัติ ครั้งที่..... เมื่อวันที่..... โดยผลสรุปรายงาน  
ของคณะผู้ตรวจประเมินพบว่าหน่วยงาน/องค์กรยังมีข้อจำกัดบางประการที่ยังไม่สามารถจัดให้หน่วยปฏิบัติการมีลักษณะ  
และลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วย  
ปฏิบัติการแพทย์ ที่กำหนดในประกาศฯได้นั้น ที่ประชุม **คณะผู้อนุมัติจังหวัด/กทม.** จึงมีมติเห็นชอบให้หน่วยปฏิบัติการ  
.....ได้รับการพิจารณาตามคำขอยกเว้นลักษณะบางประการ ตามรายละเอียดรายชื่อที่ขอยกเว้น  
ดังนี้

1. บุคลากร (แนบรายละเอียดลักษณะที่ขอยกเว้น)
2. ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์อื่น (แนบรายละเอียดลักษณะที่ขอยกเว้น)
3. พาหนะ (แนบรายละเอียดลักษณะที่ขอยกเว้น)
4. การสื่อสารและสารสนเทศ (แนบรายละเอียดลักษณะที่ขอยกเว้น)
5. อาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก (แนบรายละเอียดลักษณะที่ขอยกเว้น)

ในการนี้ **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร** พิจารณาแล้ว เพื่อประโยชน์  
สูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่ และไม่กระทบถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ทำ  
หน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินในท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น จึงเห็นควรให้หน่วยงาน/องค์กร.....  
ได้รับการยกเว้นลักษณะบางประการของหน่วยปฏิบัติการ กรณีไม่เป็นไปตาม หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติ  
หน้าที่ และการกำกับ ดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามรายละเอียดที่ระบุดังกล่าวข้างต้น และเสนอให้  
คณะอนุกรรมการฉุกเฉินการแพทย์พิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด...../ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร