

แนวทางการสมัครเข้ารับการอบรมเปลี่ยนผ่านผู้ปฏิบัติการ สาขาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อจพ./EMR) จังหวัดอุบลราชธานี

หลักสูตร CPD-EMR ๘ ชั่วโมง · ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ · สำหรับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินและสถานพยาบาลในจังหวัด
อุบลราชธานี

ปิดรับสมัคร ๑๑ ก.ย. ๒๕๖๕	วันอบรม ๒๓-๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕	รับได้ ๖ รุ่น × ๕๐ คน	ค่าลงทะเบียน ไม่มี
-----------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------

ใครสมัครได้

ผู้ปฏิบัติการที่ **ได้รับประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อจพ.)** จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และ **ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาลนั้นอยู่จริง ณ วันที่ยื่นขอ** โดยหน่วยงานต้นสังกัดเป็นผู้ส่งสมัคร (ไม่รับสมัครรายบุคคลโดยตรง)

ขั้นตอนการดำเนินการ ๕ ขั้นตอน

๑ ตรวจสอบคุณสมบัติ ตรวจสอบเลขที่ อจพ. และวันหมดอายุจากประกาศนียบัตร/ระบบตรวจสอบผู้ปฏิบัติการของ สพฉ.	๒ เลือกรุ่นและรวบรวมรายชื่อ เลือกรุ่นที่สะดวก ๑ รุ่น เพื่อส่งรายชื่อ ๑ รุ่น เนื่องจากปิดรับเมื่อเต็มจำนวน	๓ จัดทำเอกสาร ๔ รายการ ตามรายการด้านล่าง ให้ผู้บริหารหน่วยลงนามรับรองและประทับตราหน่วยงานให้ครบ	๔ ส่งใบสมัคร ส่งด้วยตนเองที่ สสจ.อุบลราชธานี หรือส่งไฟล์ทางไลน์กลุ่ม “เปลี่ยนผ่าน๖๕” ภายใน ๑๑ ก.ย. ๒๕๖๕	๕ ยืนยันรุ่นและเข้าอบรม รอการยืนยันรุ่นจากงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ แล้วเข้าอบรมตามวันที่กำหนด
หน่วยกู้ชีพ	หน่วยกู้ชีพ	หน่วยกู้ชีพ	หน่วยกู้ชีพ	สสจ. / หน่วยกู้ชีพ

เอกสารที่ต้องส่ง (ครบทั้ง ๔ รายการ)

- หนังสือนำส่งจากหน่วยงานต้นสังกัด
ต้องระบุ “รุ่นที่ต้องการเข้าอบรม” ให้ชัดเจน พร้อมบัญชีรายชื่อผู้สมัคร
- แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่านฯ (ติดรูปถ่าย)
กรอกครบทั้ง ๒ ส่วน — ส่วนผู้แสดงความจำนง และส่วนที่ ๒ ผู้บังคับบัญชารับรอง + ประทับตราหน่วยงาน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาประกาศนียบัตร อจพ. ๑ ฉบับ
ต้องเป็นฉบับที่ออกโดย สพฉ. เท่านั้น และรับรองสำเนาถูกต้อง

รุ่นการอบรม

รุ่น	วัน/เดือน/ปี	วัน	รับ
๑	๒๓ ก.ย. ๒๕๖๕	พุธ	๕๐
๒	๒๔ ก.ย. ๒๕๖๕	พฤหัสบดี	๕๐
๓	๒๕ ก.ย. ๒๕๖๕	ศุกร์	๕๐
๔	๒๘ ก.ย. ๒๕๖๕	จันทร์	๕๐
๕	๒๙ ก.ย. ๒๕๖๕	อังคาร	๕๐
๖	๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕	พุธ	๕๐

สถานที่ทุกรุ่น: โรงแรมกิจตรง วิลลัส รีสอร์ท ต.ขามใหญ่ อ.เมืองอุบลราชธานี · ลงทะเบียน ๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น. เสริจสิ้น ๑๗.๔๕ น.

วันอบรม ต้องนำมาแสดง บัตรประจำตัวผู้ปฏิบัติการ/ประกาศนียบัตร และบัตรประจำตัวประชาชน · แต่งกายชุดปฏิบัติการของหน่วยต้นสังกัดหรือชุดสุภาพที่สะดวกต่อการฝึกปฏิบัติ **เกณฑ์ผ่าน** เข้าอบรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ และผลการทดสอบผ่านตามเกณฑ์ที่ สพฉ. กำหนด

จุดที่มักถูกติกลับ

- ไม่ระบุรุ่นในหนังสือนำส่ง
- ไม่ติดรูปถ่าย / ไม่มีลายเซ็นผู้บริหารหน่วย / ไม่ประทับตราหน่วยงาน
- สำเนาไม่เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- ใช้แบบฟอร์มของจังหวัดอื่น — ให้ใช้แบบฟอร์มแสดงความจำนงของ สพฉ. ที่แนบมากับหนังสือเชิญเท่านั้น

ช่องทางส่งใบสมัครและติดต่อสอบถาม

ยื่นด้วยตนเอง

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด อาคาร
๓ ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สอบถาม

งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข โทร. ๐ ๔๕๒๔ ๑๔๒๐ ต่อ
๓๐๑

ส่งออนไลน์

ไลน์กลุ่ม “เปลี่ยนผ่าน๖๕” (สแกน QR Code ที่หน้าเว็บไซต์
www.emsdubon.com → EMR Transition)

ตัวอย่างการจัดทำเอกสาร

ข้อความที่ เน้นสี คือส่วนที่ต้องแก้ไขให้ตรงกับข้อมูลจริงของหน่วยงานและผู้สมัคร

ตัวอย่างสมมติ

ชื่อ หน่วยงาน และเลขที่
ในหน้านี้เป็นข้อมูลสมมติ
เพื่อแสดงรูปแบบเท่านั้น

ตัวอย่างที่ ๑ — หนังสือนำส่งจากหน่วยงานต้นสังกัด

เอกสารรายการที่ ๑

ที่ อบ ๐๐๐๐/๐๐๐ องค์การบริหารส่วนตำบลตัวอย่าง
อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ๓๕๐๐๐

๕ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการอบรมเพื่อเปลี่ยนผ่านผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ตำแหน่งอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่านฯ จำนวน ๒ ฉบับ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๒ ฉบับ

๓. สำเนาประกาศนียบัตร ออพ. จำนวน ๒ ฉบับ

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้แจ้งรับสมัครผู้ปฏิบัติการเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อการเปลี่ยนผ่าน
ผู้ปฏิบัติการ สาขาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (ออพ.) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๒๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ นั้นองค์การบริหารส่วนตำบลตัวอย่าง ขอส่งรายชื่อผู้ปฏิบัติการในสังกัดเข้ารับการอบรม วันที่ ๒ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๕ (รุ่นสำรอง วันที่ ๕) จำนวน
๒ ราย ดังนี้

ที่	ชื่อ – สกุล	เลขที่ ออพ.	วันหมดอายุ	โทรศัพท์
๑	นายสมชาย ใจดี	ออพ. ๐๐๐๐/๒๕๖๐	๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๕	๐๘๑-๐๐๐-๐๐๐๐
๒	นางสาวสมหญิง รักชาติ	ออพ. ๐๐๐๑/๒๕๖๑	๑๕ ส.ค. ๒๕๖๕	๐๘๒-๐๐๐-๐๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ)

ตำแหน่ง นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตัวอย่าง

แนบท้าย: ระบุดูประสานงานของหน่วย ชื่อ-สกุล และเบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้ สสจ. ติดตามยืนยันรุ่นได้

ตัวอย่างที่ ๒ — การกรอกแบบฟอร์มแสดงความ
จำนง

รายการที่ ๒

ส่วนที่ ๑ — ผู้แสดงความจำนงกรอกเอง

เขียนที่
ข้าพเจ้า
เลขบัตรประชาชน
เบอร์ติดต่อ
ระดับที่เคยได้รับ
เลขที่ ออพ.
วันหมดอายุ
กลุ่มประกาศนียบัตร
สังกัดหน่วยปฏิบัติการ
อำเภอ / จังหวัด
ปฏิบัติงานมาแล้ว
ขอเปลี่ยนผ่านในระดับ

อบต.ตัวอย่าง อ.เมืองอุบลราชธานี
นายสมชาย ใจดี
๓ ๕๐๐๐ ๐๐๐๐๐ ๐๐ ๐
๐๘๑-๐๐๐-๐๐๐๐
✓ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
ออพ. ๐๐๐๐/๒๕๖๐
๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕
✓ หมดอายุตั้งแต่ ๑ มิ.ค. ๒๕๖๓
อบต.ตัวอย่าง
เมืองอุบลราชธานี / อุบลราชธานี
๕ ปี
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (ออพ.)

ส่วนที่ ๒ — ผู้บังคับบัญชารับรอง ต้องเป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับแต่งตั้ง
อย่างเป็นทางการ (กรณีโรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ หรือผู้รับมอบหมาย — ให้
แนบหนังสือมอบหมายด้วย) พร้อม ลงนาม + ประทับตราหน่วยงาน และ ตัดรูป
ถ่ายผู้สมัคร

ตัวอย่างที่ ๓ — การรับรองสำเนา

รายการที่ ๓-๔

เขียนข้อความบนสำเนาทุกฉบับ ด้วยลายมือของเจ้าของเอกสาร

สำเนาถูกต้อง
(ลายมือชื่อ)
(นายสมชาย ใจดี)
๕ กันยายน ๒๕๖๕

ใช้ทั้งกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาประกาศนียบัตร ออพ. ที่
ออกโดย สพด.

ตรวจสอบก่อนส่งทุกครั้ง

- ระบุรุ่น + รุ่นสำรอง ในหนังสือนำส่ง
- ติดรูปถ่ายในแบบฟอร์มแสดงความจำนง
- ลงนามผู้สมัคร + ผู้บริหารหน่วย ครบทั้ง ๒ จุด
- ประทับตราหน่วยงาน
- เซ็นรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ
- สแกนเป็นไฟล์ PDF ตั้งชื่อไฟล์เป็น “ชื่อหน่วย_รุ่น
ที่_จำนวนคน”

ขั้นตอน 1 : ตรวจสอบคุณสมบัติ



ค้นหาข้อมูลประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการจากระบบลงทะเบียน

เลขบัตรประชาชน

คำนำหน้า

ชื่อ

นามสกุล

วันเริ่มประกาศนียบัตร

วันหมดอายุประกาศนียบัตร



ค้นหาข้อมูล

https://certificate.niems.go.th/search_certificated

ขั้นตอน 2-3 : เลือกหุ้น และส่งหลักฐาน (4 รายการ)

ที่ อบ ๘๓๘๐๑/๒๕๓



ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสวรรค์
อำเภอหนองหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๒๘๐

๔ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งแบบฟอร์มการสมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตร ฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องด้าน
การแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการต่ออายุประกาศนียบัตร " สาขา อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ "

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

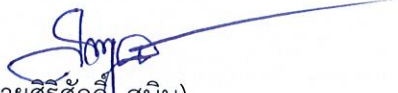
สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่าน	จำนวน	๑ ชุด
	๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน	๑ ชุด
	๓. สำเนาใบประกาศอาสาสมัครฉุกเฉินฯ	จำนวน	๑ ชุด

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสวรรค์ มีความประสงค์จะส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม
หลักสูตร ฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการต่ออายุประกาศนียบัตร
"สาขา อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์" การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับการเปลี่ยนผ่าน
ผู้ปฏิบัติการสาขาอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อยกระดับและพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานด้านการแพทย์
ฉุกเฉินให้เป็นไปตามข้อบังคับฉบับปัจจุบัน นั้น

ในการนี้องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสวรรค์ จึงขอส่งบุคลากรเข้าร่วมการฝึกอบรมดังกล่าว
จำนวน ๒ คน ในรุ่นที่ ๓ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๔ ณ โรงแรมกิจตรง วิลล์ รีสอร์ท อำเภอเมือง
อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ


(นายศิริศักดิ์ สุบิน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสวรรค์

งานสาธารณสุข สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

โทร. ๐ ๔๕๒๑ ๐๘๓๗ กด ๑ โทรสาร. ๐ ๔๕๒๕ ๑๖๒๒

ผู้ประสานงาน นางสาวภัทรสุดา ยืนยง โทร. ๐๖ ๔๔๔๗ ๒๖๒๒

ตัวอย่าง



แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่านผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับเดิม สู่การเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับใหม่

เขียนที่ อบต. โนนสวรรค์

ข้าพเจ้า [Redacted] เลขที่บัตรประชาชน [Redacted] เบอร์โทรศัพท์ที่
สามารถติดต่อได้ [Redacted] เป็นผู้ปฏิบัติการที่เคยได้รับประกาศนียบัตรในระดับ

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--------|------------------------|----------------------------------|
| ☐ | นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | นอพ. | วันหมดอายุ |
| ☐ | เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | จดพ. | วันหมดอายุ |
| ☐ | พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | พอพ. | วันหมดอายุ |
| ☒ | อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | ออพ. <u>[Redacted]</u> | วันหมดอายุ <u>10 มกราคม 25๖๓</u> |

เป็นกลุ่มประกาศนียบัตรหมดอายุ ☐ ก่อนวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

☒ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ปัจจุบันข้าพเจ้าปฏิบัติงานเป็นผู้ปฏิบัติการในสังกัดหน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล กู้ชีพ อบต. โนนสวรรค์
อำเภอ นาคะแลพ จังหวัด อุบลราชธานี โดยปฏิบัติงานในสังกัดนี้มาแล้ว 3 ปี

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอเปลี่ยนผ่านเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับเดิม สู่การเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับใหม่ในระดับ
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ และเข้ารับการฝึกอบรมตามที่ สพด. กำหนด ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริง
ทุกประการ

[Redacted Signature]
([Redacted Name])

ลงชื่อผู้แสดงความจำนง

วันที่ 4 เดือน กันยายน พ.ศ. 25๖๓

ส่วนที่ ๒ (สำหรับการรับรองของผู้บังคับบัญชา)

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้บังคับบัญชา) [Redacted] ตำแหน่ง นายก อบต. โนนสวรรค์ สังกัด
หน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล กู้ชีพ อบต. โนนสวรรค์ ขอรับรองว่า (ชื่อผู้ปฏิบัติการ) [Redacted] ไม่
เป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในสังกัดของข้าพเจ้าจริง และยังคงมีสถานะเป็นผู้ปฏิบัติการในหน่วยงานอยู่ นับวันที่ยื่นขอ

[Redacted Signature]
(นายศิริศักดิ์ สุนัน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสวรรค์

ลงชื่อผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล

วันที่ 4 เดือน กันยายน พ.ศ. 25๖๓

ประทับตราหน่วยงาน

หมายเหตุ

๑. ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ตามโครงสร้างของหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ให้เป็นผู้บริหารของหน่วยปฏิบัติการนั้นๆ

๒. ผู้บริหารสถานพยาบาล หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ให้แนบหนังสือมอบหมายมาด้วย)

ตัวอย่าง



สำเนาถูกต้อง

[redacted signature]

ตัวอย่าง



เลขที่ จฉพ.87062

อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

มอบอำนาจหน้าที่ให้

คณะกรรมการฉุกเฉินการแพทย์

อนุมัติ

ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

แก่

ร. [REDACTED]

เลขประจำตัวประชาชน [REDACTED]

ซึ่งเป็นผู้มีความสามารถในให้อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

ภายใต้ บทบังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน
รวมทั้งข้อบังคับ ประกาศ และระเบียบของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

ออกให้ ณ วันที่ 11 เดือน มกราคม พุทธศักราช 2567
หมดอายุ วันที่ 10 เดือน มกราคม พุทธศักราช 2569

เฉลิมพร บุณยศิริ
(เฉลิมพร บุณยศิริ)

พลอากาศตรี

ประธานคณะกรรมการ

(นายชัยพร บุญศรี)

ประธานระดับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

เรืออากาศเอก

(อัจฉริยะ พงษ์มา)

เลขที่การสถาปนากรรมการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สำเนาถูกต้อง

ฉบับที่ 10/2567

ขั้นตอนที่ 4 : ส่งเอกสารทางไลน์กลุ่ม “เปลี่ยนผ่าน 69”



ขั้นตอนที่ 5 : สสจ.อบ.ยืนยัน การลงทะเบียนเข้าอบรม

