

W/W

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 10530
วันที่ - 5 พ.ย. 2567
เวลา.....



ที่ ยส ๐๐๓๓.๐๐๓/ ๑ ๕๑๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ถนนเทศบาล ๑ อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร ๓๕๐๐๐

๐๖ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครและกำหนดการฝึกอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่เป็น ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลาการฝึกอบรม ๕ วัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Pre - hospital care) ได้ตามมาตรฐานสากล และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ นี้ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร ได้จัดทำแผนงานโครงการการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๓ รุ่นๆ ละ ๕ วัน ดังนี้

- รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗
- รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘
- รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จึงขอเชิญหน่วยงานของท่านส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) ทั้งนี้ สามารถยื่นใบสมัครและจ่ายค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาท ด้วยตนเองได้ที่งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือสมัครเข้ารับการฝึกอบรมผ่านศูนย์การศึกษาฝึกอบรมและการให้ใบประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในแต่ละรุ่น โดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการ ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียนจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติบุคลากรของท่านเข้าอบรมดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หลักสูตรให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นางธิดารัตน์ จิตรมาศ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

กลุ่มงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
โทร. ๐ ๔๕๗๑ ๒๒๓๓ - ๔ ต่อ ๑๒๒ โทรสาร ๐ ๔๕๗๑ ๑๓๒๔

www.yasothon.moph.go.th

เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดยโสธร “ ยโสธรเมืองเกษตรอินทรีย์ เมืองแห่งวิถีอีสาน ”

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

- รุ่น ๑ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ รุ่น ๒ วันที่ ๑๓ มกราคม - ๑๗ มกราคม ๒๕๖๘
- รุ่น ๓ วันที่ ๒๗ มกราคม - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี

สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขบัตรประชาชน.....

วุฒิการศึกษา.....สถาบันการศึกษา.....

ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS).....ปี Line ID:

ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... e-mail.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน..... เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

คำรับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้บังคับบัญชา)..... ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน..... ขอรับรองว่า (ชื่อผู้สมัคร).....

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไขการรับรองขององค์กรฝึกอบรมที่ดำเนินการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้ ๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า

๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป. เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยต่อกิจการแห่งผู้ปฏิบัติการ

๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป. เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยต่อกิจการแห่งผู้ปฏิบัติการ

๕. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และไม่เป็นโรคที่ อศป. ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

หลักฐานการรับสมัคร (อย่างละ 1 ฉบับ)

.....๑. ใบสมัครพร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์

.....๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (ไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า)

.....๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

.....๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาหรือสวมหมวก ขนาด ๑.๕ นิ้ว

.....๕. ใบรับรองแพทย์

.....๖. ใบแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่านผู้ปฏิบัติงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....



แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่านผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับเดิม
สู่การเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับใหม่

เขียนที่.....

ข้าพเจ้า..... เลขที่บัตรประชาชน..... เบอร์โทรศัพท์ที่
สามารถติดต่อได้..... เป็นผู้ปฏิบัติการที่เคยได้รับประกาศนียบัตรในระดับ

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | นฉพ..... | วันหมดอายุ..... |
| <input type="checkbox"/> | เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | จฉพ..... | วันหมดอายุ..... |
| <input type="checkbox"/> | พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | พฉพ..... | วันหมดอายุ..... |
| <input type="checkbox"/> | อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ | เลขที่ | อฉพ..... | วันหมดอายุ..... |

เป็นกลุ่มประกาศนียบัตรหมดอายุ ก่อนวันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ปัจจุบันข้าพเจ้าปฏิบัติงานเป็นผู้ปฏิบัติการในสังกัดหน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โดยปฏิบัติงานในสังกัดนี้มาแล้ว.....ปี

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอเปลี่ยนผ่านเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับเดิม สู่การเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับใหม่ในระดับ
..... และเข้ารับการฝึกอบรมตามที่ สพด. กำหนด ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นจริง
ทุกประการ

.....
(.....)

ลงชื่อผู้แสดงความจำนง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ (สำหรับการรับรองของผู้บังคับบัญชา)

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้บังคับบัญชา)..... ตำแหน่ง..... สังกัด
หน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล..... ขอรับรองว่า (ชื่อผู้ปฏิบัติการ).....
เป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในสังกัดของข้าพเจ้าจริง และยังคงมีสถานะเป็นผู้ปฏิบัติการในหน่วยงานอยู่ นับวันที่ยื่นขอ

.....
(.....)

ลงชื่อผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทับตราหน่วยงาน

หมายเหตุ

- ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ตามโครงสร้างของหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ให้เป็นผู้บริหารของหน่วยปฏิบัติการนั้นๆ
- ผู้บริหารสถานพยาบาล หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ให้แนบหนังสือมอบหมายมาด้วย)

รายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

จังหวัดยโสธร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

๑. คุณสมบัติและคุณลักษณะผู้เข้ารับการอบรม

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นโรคที่ อศป.ประกาศกำหนด
๖. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

๒. เอกสารประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัครพร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาวุฒิการศึกษาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาหรือสวมหมวก ฉากหลังสีฟ้าและสีน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๕. ใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่านผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับเดิมสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับใหม่ พร้อมให้ผู้บังคับบัญชาเซ็นรับรอง จำนวน ๑ ฉบับ
๗. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

**หากผู้อบรมส่งเอกสารประกอบการสมัครไม่ครบเจ้าหน้าที่ จะไม่สามารถกรอกข้อมูลการสมัครส่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้

๓. สถานที่ฝึกอบรม

ณ ห้องประชุมบังไฟโก้ ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๔. ค่าลงทะเบียนในการฝึกอบรม ท่านละ ๒,๕๐๐ บาท

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการฝึกอบรม ประกอบด้วย ค่าเอกสารประกอบการอบรม ค่าตอบแทนวิทยากร ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม และค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ทั้งนี้ไม่รวมค่าที่พัก อาหารเย็นและค่าเดินทาง)

๕.วิธีการชำระเงิน

ชำระเงินสด ณ กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานการเงิน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ชำระโดยวิธีการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร

ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาศาลากลางจังหวัดยโสธร

ชื่อบัญชี : ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

เลขที่บัญชี : ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙

รุ่นที่ ๑ วันที่ ๒๕ - ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ - ๒๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๓ - ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ - ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

รุ่นที่ ๓ วันที่ ๒๗ - ๓๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ - ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

****หากท่านไม่ชำระเงินให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนดดังกล่าวข้างต้นถือว่าสละสิทธิ์**

****หากโอนค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วกรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ผู้ประสานงานการฝึกอบรมหรือติดต่อ**

กลุ่มงานอุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉิน โทร ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๓-๔ ต่อ ๑๒๒ โดยระบุชื่อ-นามสกุลหน่วยงานให้ชัดเจน

๖. ผู้ประสานงานการฝึกอบรม

นายเรืองยศ พรมิชัย

Tel. ๐๘๘-๑๑๗๘๖๔๘

นางสาวกิตติมาภรณ์ เข็มทอง

Tel. ๐๖๔-๔๒๑๓๒๗๐

นางสาวอารยา ท้าวดอน

Tel. ๐๙๙-๒๐๓๙๓๕๒

กลุ่มงานอุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ โทร ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๓-๔ ต่อ ๑๒๒

๗. เอกสารสมัครและเอกสารอื่นๆ



https://drive.google.com/drive/folders/1n0UYOvO_STr-2F6JfY6aSLfNKW_Ch6O?usp=sharing

