



ติดยุโรป 1.5 นิ้ว
หน้าตรง
ไม่สวมแว่น
ไม่สวมหมวก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แบบสมัครฝึกอบรมหลักสูตร “ การปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (๔๐ ชั่วโมง) EMR ”

☐ รุ่นที่ ๒๘ ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๔ (๔ วัน ๓ คืน)

☐ รุ่นที่ ๒๙ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ (๔ วัน ๓ คืน)

ณ ค่ายฝึกสิงห์ดำ กรมทหารพรานที่ ๒๓ ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

- ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี
- เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....วัน เดือน ปี เกิด.....
- เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
- การศึกษาสูงสุด.....สถาบันการศึกษา.....
- ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ (ระบุ).....
- หน่วยงานต้นสังกัด(ทต./อบต./มูลนิธิฯ).....
ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

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

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและ การปฏิบัติการ
ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ ๒๕๕๔ ดังนี้

- เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้น ม.๓ หรือเทียบเท่า
- อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์และไม่เกิน ๖๐ ปี
- ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย จะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
- ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดี
- ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- ไม่เป็นโรคที่ อกศป.ประกาศกำหนด
- ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
- ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรรภ์
- ขับรถได้และมีใบอนุญาตขับรถยนต์

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ติดยุโรป พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาวุฒิการศึกษาในการสมัครฝึกอบรม)