



ติดยุติ 1 น้  
หน้าตง  
ไมสวมนแวน  
ไมสวมนหมวก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

**แบบสมัครฝึกอบรมหลักสูตร “ การปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (๔๐ชั่วโมง ) EMR ”**

**วันที่ ๒๕ ระหว่างวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ – ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ (๔ วัน ๓ คืน )**

**ณ ศูนย์การเรียนรู้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี (ศูนย์การเรียนรู้ มทบ.๒๒)**

๑. ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....วัน เดือน ปี เกิด.....
๓. เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
๔. การศึกษาสูงสุด.....สถาบันการศึกษา.....
๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....  
.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ (ระบุ).....
๖. หน่วยงานต้นสังกัด(ทต./อบต./มูลนิธิฯ).....  
ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

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

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและ การปฏิบัติการ  
ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ ๒๕๕๔ ดังนี้

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าชั้น ม.๓ หรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์และไม่เกิน ๖๐ ปี
๓. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย จะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดี
๕. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
๖. ไม่เป็นโรคที่ อกศป.ประกาศกำหนด
๗. ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
๘. ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์
๙. ขับรถได้และมีใบอนุญาตขับรถยนต์

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(.....)

ตำแหน่ง.....

( พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาวุฒิการศึกษาในการสมัครฝึกอบรม )