



ติครูบถ่าย 1.5 นิ้ว
หน้าตรง
ไม่สวมแว่น
ไม่สวมหมวก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แบบสมัครฝึกอบรมหลักสูตร “ การปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (๔๐ชั่วโมง) EMR ”

รุ่นที่ ๓๐ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๙ (๔ วัน ๓ คืน)

รุ่นที่ ๓๑ ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๙ (๔ วัน ๓ คืน)

ณ ค่ายฝึกสิงห์ดำ กรมทหารพรานที่ ๒๓ ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

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).....

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการ
ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ ๒๕๕๔ ดังนี้

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ติครูบถ่าย พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาวุฒิการศึกษาในการสมัครฝึกอบรม)