ชั้นความเร็ว (ถ้ามี) ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ

**หัวหนังสือของหน่วยงาน/องค์ที่ขออนุมัติ/ส่วนราชการเจ้าของหนังสือ**

ที่.............../................ หน่วยปฏิบัติการ.................

วัน/เดือน/ปี

เรื่อง ขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับ……………………………………ตามระดับหน่วยฯที่ขออนุมัติ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

อ้างถึง ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และ

 การกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบแสดงความจำนงขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับ………. ตามระดับหน่วยฯ)

๒.แบบประเมินตนเองการตรวจสอบลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติการ

ชื่อหน่วยที่ขออนุมัติ………………………………………………. (SAR ๐๑-…………………………………. ตามระดับหน่วยฯ)

 ๓. แบบฟอร์มแสดงขอมูลบุคลากร (Form EMS Personnel……………)

 ๔. แบบฟอร์มแสดงรายการอุปกรณ์ (Form Equipment ……………….)

 ๕. แบบฟอร์มแสดงภาพถ่ายหน่วยปฏิบัติการ/ที่ตั้ง/พาหนะ อุปกรณ์ (Form Picture for EMS Agency)

ตามที่ (ชื่อหน่วยที่ขออนุมัติ)…………………………………… ได้ดำเนินการตรวจสอบลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ตามผนวกแนบท้ายประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ของหน่วยปฏิบัติการตามแบบประเมินตนเองการตรวจสอบลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติการ เรียบร้อยแล้ว นั้น

 ในการนี้ (ชื่อหน่วยที่ขออนุมัติ)…………………………………… พิจารณาแล้ว เพื่อให้เป็นไปตามประกาศฯ กำหนด จึงขอแสดงความจำนงเพื่อขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับ………..ตามระดับหน่วยฯที่ขออนุมัติ มายังสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อดำเนินการตรวจสอบลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ของ (ชื่อหน่วยที่ขออนุมัติ)…………………………………… ประกอบการพิจารณาอนุมัติให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับ………………………………ตามระดับหน่วยฯที่ขออนุมัติ ต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการขออนุมัติรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

...............................................

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

ผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร

หมายเหตุ : เรียนเลขาธิการ สพฉ. ใช้ในกรณีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง/หน่วยปฏิบัติการอำนวยการ