

แบบคำร้องขอรับการตรวจรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เขียนที่

วันที่

เรียน(เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือ
ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร)

ข้าพเจ้าชื่อ.....ที่อยู่.....

หน่วยปฏิบัติการที่สังกัด ที่ตั้ง.....

ขอรับการตรวจรับรองเป็นรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้
ชื่อผู้ครอบครองรถที่อยู่.....☐ ขอรับการรับรองใหม่☐ ขอดำเนินการรับรอง (เคยได้รับการรับรองจาก สพฉ.)

ประเภทรถที่ขอการรับรอง

ประเภทลำเลียงผู้ป่วย

☐ ระดับปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน☐ ระดับปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง☐ ระดับปฏิบัติการแพทย์ขั้นเฉพาะทาง

ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย (สนับสนุนการปฏิบัติการอำนวยการ)

☐ รถสนับสนุนการสื่อสารในสถานการณ์ฉุกเฉิน☐ รถสนับสนุนการ รับ - ส่ง สัญญาณดาวเทียม☐ รถบัญชาการในสถานการณ์ฉุกเฉิน

ประเภทไม่ลำเลียงผู้ป่วย (สนับสนุนการปฏิบัติการแพทย์)

☐ ประเภทรถจักรยานยนต์ (Motorlance)☐ รถแพทย์ฉุกเฉิน (Doctor Car)☐ รถลำเลียงยา, เวชภัณฑ์, เครื่องมือทางการแพทย์, ผู้ปฏิบัติการ, หรืออวัยวะสำคัญลักษณะ ☐ รย.๑ ☐ รย.๒ ☐ รย.๓ ☐ รย.๔ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

**หมายเหตุ: สามารถเลือกขอรับการรับรองได้ ๑ ประเภทเท่านั้น

หมายเลขตัวถัง.....หมายเลขทะเบียน ปีที่จัด

ทะเบียน.....หมวดจังหวัด ยี่ห้อรถสี.....

()

ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ

วันที่...../...../.....