ที่ อบ ๐๐๓๓.๐๑๒/ว ๑๘๔๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนพรหมเทพ อบ ๓๔๐๐๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง, นายกเทศมนตรีตำบลทุกแห่ง, นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง และประธานมูลนิธิทุกมูลนิธิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มใบสมัคร (สำหรับผู้ปฏิบัติการและครอบครัวผู้ปฏิบัติการ) จำนวน ๑ ชุด
๒. แผ่นพับประชาสัมพันธ์การทำประกันฯ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบแผนการคุ้มครองประกันภัยอุบัติเหตุ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. แบบฟอร์มการลงทะเบียนสมัครประกันอุบัติเหตุ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มให้ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๒ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็นการดำเนินการปีละ ๒ รอบ และกรมธรรม์ความคุ้มครองการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มภาคสมัครใจประจำปี รอบที่ ๒ กำลังจะหมดระยะเวลาคุ้มครอง ในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงขอประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สนใจ ทำประกันอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี รอบที่ ๒ (ระยะเวลาสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ถึง ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘) โดยส่งที่กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ภายในระยะเวลาที่กำหนด สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www.emsdubon.com หัวข้อ ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ปฏิบัติการฯ ในพื้นที่ทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิโรจน์ เซมรัมย์)
รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
งานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย
โทรศัพท์ ๐ ๔๕๒๔ ๑๙๒๐ ต่อ ๓๐๑
ผู้ประสานงาน นายอภิศักดิ์ โพธา โทร. ๐ ๘๑๓๙ ๓๑๐๕ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑-๔