กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 1555
วันที่รับ ๑๑ มี.ค. ๒๕๖๘
รับเวลา 14:59 น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่ 4754
รับวันที่ ๑๑ มี.ค. 2568
เวลา 11:18 น.

ที่ ยส ๐๐๓๓.๐๑๒.๑/ว๔๖๘

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ถนนเทศบาล ๑ อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร ๓๕๐๐๐

๓ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครและเอกสารประกอบการสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่เป็น ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลาการฝึกอบรม ๕ วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Pre – hospital care) ได้ตามมาตรฐานสากล และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ นี้ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร ได้จัดทำแผนงานโครงการการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๕ รุ่น ๆ ละ ๕ วัน ดังนี้

รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๔ – ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๘
รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๓๑ มีนาคม – ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘
รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๒๖ – ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๒๓ – ๒๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘
รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๑๔ – ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จึงขอเชิญหน่วยงานของท่านส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) ทั้งนี้ สามารถยื่นใบสมัครด้วยตนเองที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉิน หรือสมัครออนไลน์ผ่านเจ้าหน้าที่รับสมัคร นายเรืองยศ พรมวิชัย ๐๘ ๘๑๑๗ ๘๖๔๘ นางสาวกิตติมาภรณ์ เข็มทอง ๐๖ ๒๔๒๑ ๓๒๗๐ และนางสาวอารยา ท้าวด่อน ๐๙ ๙๒๐๓ ๙๓๕๒ และชำระค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาท ด้วยตนเองได้ที่งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือชำระค่าลงทะเบียนผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี : ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙ ชื่อบัญชี : ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการ ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียนจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติบุคลากรของท่านเข้าอบรมด้วย จักเป็นพระคุณ

☐ ทราบ ☑ แจ้ง
☐ พิจารณาดำเนินการ ☐ อนุมัติ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง
เว็บไซต์ สสจ. นนทบุรี

(นายพัลลภ ใจเลิศ)
นักทรัพยากรบุคคล

ขอแสดงความนับถือ

(นายสันติ โพธิ์ทอง)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มงานอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน
โทร. ๐ ๔๕๗๑ ๒๒๓๓ ๔ ต่อ ๑๒๒ โทรสาร ๐ ๔๕๗๒ ๔๗๑๘

เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดยโสธร " ยโสธรเมืองเกษตรอินทรีย์ เมืองแห่งวิถีอีสาน "

๑๑ มี.ค. 2568

เอกสารสมัครอบรม EMR

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

1.5 นิ้ว

☐ รุ่น ๑ วันที่ ๒๔ มีนาคม – ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๘ ☐ รุ่น ๒ วันที่ ๓๑ มีนาคม – ๔ เมษายน ๒๕๖๘

☐ รุ่น ๓ วันที่ ๒๖ พฤษภาคม – ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ☐ รุ่น ๔ วันที่ ๒๓ มิถุนายน– ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๘

☐ รุ่น ๕ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม – ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขบัตรประชาชน.....

วุฒิการศึกษา.....สถาบันการศึกษา.....

ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS).....ปี Line ID: .....

ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... e-mail.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน..... เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

คำรับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้บังคับบัญชา)..... ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน..... ขอรับรองว่า (ชื่อผู้สมัคร).....

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไขการรับรองขององค์กรฝึกอบรมที่ดำเนินการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังนี้ ๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า

๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ

๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ

๕. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และไม่เป็นโรคที่ อศป.ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

หลักฐานการรับสมัคร (อย่างละ 1 ฉบับ)

.....๑. ใบสมัครพร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์

.....๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (ไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า

.....๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

.....๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำหรือสวมหมวก ขนาด ๑.๕ นิ้ว

.....๕. ใบรับรองแพทย์

.....๖.ใบแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผ่านผู้ปฏิบัติงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

รายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)
จังหวัดยโสธร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

๑. คุณสมบัติและคุณลักษณะผู้เข้ารับการอบรม

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นโรคที่ อศป.ประกาศกำหนด
๖. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

๒. เอกสารประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัครพร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาวุฒิการศึกษาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๔. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาดำหรือสวมหมวก ฉากหลังสีฟ้าและสีน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๕. ใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ
๖. แบบฟอรมแสดงความจำนงขอเปลี่ยนผานผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับเดิมสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับใหม่ พร้อมให้ผู้บังคับบัญชาเซ็นรับรอง จำนวน ๑ ฉบับ
๗. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

**หากผู้อบรมส่งเอกสารประกอบการการสมัครไม่ครบเจ้าหน้าที่จะไม่สามารถกรอกข้อมูลการสมัครส่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้

๓. วิธีการสมัคร

๑. สมัครด้วยตนเองได้ที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๒. สมัครออนไลน์ผ่านเจ้าหน้าที่รับสมัครกลุ่มงานอุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

นายเรืองยศ พรมวิชัย Tel. ๐๘๘-๑๑๗๘๖๔๘

นางสาวกิตติมาภรณ์ เข็มทอง Tel. ๐๖๒-๔๒๑๓๒๗๐

นางสาวอารยา ท้าวด่อน Tel. ๐๙๙ -๒๐๓๙๓๕๒

กลุ่มงานอุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ โทร ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๓-๔ ต่อ ๑๒๒ หรือ ๐๔๕-๗๑๔๕๒๖

๔. ค่าลงทะเบียนในการฝึกอบรม ท่านละ ๒,๕๐๐ บาท

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการฝึกอบรม ประกอบด้วย ค่าเอกสารประกอบการอบรม ค่าตอบแทนวิทยากร ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม และค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ทั้งนี้ไม่รวมค่าที่พัก อาหารเย็น และค่าเดินทาง)

**กรณีผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ในวันเวลาดังกล่าวไม่สามารถคืนค่าลงทะเบียนได้ทุกกรณี

๕. วิธีการชำระเงิน

☐ ชำระเงินสด ณ กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานการเงิน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

☐ ชำระโดยวิธีการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร

ธนาคาร : ธนาคารกรุงไทย สาขาศาลากลางจังหวัดยโสธร

ชื่อบัญชี : ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

เลขที่บัญชี : ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙

รุ่นที่ ๑ วันที่ ๒๔ – ๒๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ – ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
รุ่นที่ ๒ วันที่ ๓๑ มีนาคม – ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ – ๒๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
รุ่นที่ ๓ วันที่ ๒๖ – ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ – ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
รุ่นที่ ๔ วันที่ ๒๓ – ๒๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ – ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘
รุ่นที่ ๕ วันที่ ๑๔ – ๑๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ชำระเงินตั้งแต่บัดนี้ – ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘
****หากท่านไม่ชำระเงินให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนดดังกล่าวข้างต้นถือว่าสละสิทธิ์**

**หากโอนค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วกรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินมาที่ผู้ประสานงานการฝึกอบรมหรือติดต่อกลุ่มงานอุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉิน โทร ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๓-๔ ต่อ ๑๒๒ หรือ ๐๔๕ - ๗๑๔๕๒๖ โดยระบุชื่อ-นามสกุลหน่วยงานให้ชัดเจน