

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่..... 8812
รับวันที่..... 25 พ.ค. 2566
รับเวลา..... 13.55



ที่ ยส ๐๐๓๓.๐๐๓/ ๑ ๑๒๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ถนนเทศบาล ๑ อำเภอเมืองยโสธร
จังหวัดยโสธร ๓๕๐๐๐

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครและกำหนดการฝึกอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ..... 2459
วันที่รับ..... ๒๕ พ.ค. ๒๕๖๖
รับเวลา..... 15-11

ด้วยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่เป็น ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลาการฝึกอบรม ๕ วัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Pre-hospital care) ได้ตามมาตรฐานสากล และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ นี้ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร ได้จัดทำแผนงานโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๓ รุ่นๆ ละ ๕ วัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จึงขอเชิญหน่วยงานของท่านส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรมและรายละเอียดของหลักสูตร พร้อมกำหนดการสมัครเข้าอบรมแต่ละรุ่น ทั้งนี้ สามารถยื่นใบสมัครและจ่ายค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาท ด้วยตนเองได้ที่งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือสมัครเข้ารับการฝึกอบรมผ่าน ศูนย์การศึกษาฝึกอบรมและการให้ใบประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และโอนเงินผ่านเข้าธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่บัญชี ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙ ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไปหรือจนกว่าจะครบตามจำนวนที่รับสมัครในแต่ละรุ่นโดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการค่าที่พักค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียนจากหน่วยงานต้นสังกัด รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติบุคลากรของท่านเข้าอบรมดังกล่าว และขอ

ความอนุเคราะห์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์หลักสูตรให้ทราบโดยทั่วกัน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ฯ

เวบไซด์ สสจ.นนทบุรี , แจ้งกลุ่มงาน NCD

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเสริฐ เล็กสรณเวทย์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(นายภาณุพันธุ์ ธนปฐมนิสัย)

๓๐ พ.ค. ๒๕๖๖

(นางกัลยารักษ์ พันเดช) ศูนย์อุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน

นักทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๔๕๗๑ ๔๕๒๖ โทรสาร ๐ ๔๕๗๒ ๔๗๑๘

www.yasothon.moph.go.th

เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดยโสธร ยโสธรเมืองเกษตรอินทรีย์ เมืองแห่งวิถีอีสาน "

36 พ.ค. 66

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

- ☐ รุ่น ๑ วันที่ ๑๙ มิถุนายน - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ ☐ รุ่น ๒ วันที่ ๑๗ กรกฎาคม - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖
☐ รุ่น ๓ วันที่ ๒๑ สิงหาคม - ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

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

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

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

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถาบันการศึกษา.....

ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS).....ปี

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. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาคะบับหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยต่ักดีแห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยต่ักดีแห่งผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นผู้ก่อกวนหรือจู่โจมเพื่อนไม่สมประกอบ และไม่เป็นโรคที่ อศป.ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

หลักฐานการรับสมัคร (อย่างละ ๑ ฉบับ)

-๑. ใบสมัครพร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนสมบูรณ์
-๒. สำเนาวุฒิการศึกษา (ไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาคะบับหรือเทียบเท่า)
-๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
-๔. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาหรือสวมหมวก ขนาด ๑.๕ นิ้ว
-๕. ใบรับรองแพทย์

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

รายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)
จังหวัดยโสธร ประจำปี ๒๕๖๖

๑. คุณสมบัติและคุณลักษณะผู้เข้ารับการอบรม

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาบังคับหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติดีเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป.เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นโรคที่ อศป.ประกาศกำหนด
๖. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

๒. ผู้ประสานงานการฝึกอบรม

นางเบญจรัตน์ โพธิ์ศรี	Tel. ๐๘-๕๕๑๗-๖๑๘๕
นางสาวลลิตา ชัยเคนวงศ์	Tel. ๐๖-๑๘๖๕-๐๒๑๑
นายเรืองยศ พรหมวิชัย	Tel. ๐๘-๘๑๑๗-๘๖๔๘
นางสาวอารยา ท้าวดอน	Tel. ๐๙๙ -๒๐๓๙๓๕๒
โทรศัพท์กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ	๐-๔๕๗๑-๔๕๒๖