

กลุ่มงานการพยาบาล รพ.เทพสถิต
เลขที่รับ 521
วันที่ 25 ส.ค. 2566
เวลา 16.00 น.



ของข้าราชการส่วนตำบลบ้าน
เลขที่รับ 1659/66
วันที่ 25 ส.ค. 66

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
ถนนชัยภูมิ-แก้งคร้อ ขย ๓๖๐๐๐

ที่ ขย ๐๐๓๒.๐๓๐ / ๕๓๓๕

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

เรียน **นายกองการบริหารส่วนตำบลมนัสนิ**

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครและกำหนดการฝึกอบรม ฯ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดให้สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดยโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Instructor Manual) ซึ่งเป็นหลักสูตรปรับปรุงใหม่เป็น ๔๐ ชั่วโมง ระยะเวลา ๕ วัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีความรู้และทักษะในการดูแลและรักษาพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Pre-hospital care) ได้ตามมาตรฐานสากล และในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดยโสธร ได้จัดทำแผนงานโครงการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาล และการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) จำนวน ๔ รุ่นๆละ ๕ วัน รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ขอเชิญหน่วยงานท่านได้ส่งบุคลากรในสังกัด และประสานเครือข่ายในพื้นที่ สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR) คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม รายละเอียดหลักสูตรและกำหนดการฯ ตามเอกสารที่แนบท้ายมาด้วยนี้ ทั้งนี้สามารถยื่นใบสมัครและจ่ายค่าลงทะเบียนเข้ารับการฝึกอบรมคนละ ๒,๕๐๐ บาทด้วยตนเอง ได้ที่งานการเงิน และบัญชี กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หรือ สมัครเข้ารับการฝึกอบรมผ่าน ศูนย์การศึกษาฝึกอบรมและการให้ประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และโอนเงินผ่านเข้าธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่บัญชี ๖๖๒๕๕๔๒๖๗๙ ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป จนกว่าจะครบตามจำนวนที่รับสมัครในแต่ละรุ่น โดยเบิกค่าใช้จ่าย การเดินทางไปราชการ ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และ ค่าลงทะเบียนจากหน่วยงานต้นสังกัด

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิมาเพื่อทราบและพิจารณาคำเนินการ

เพื่อทราบและสั่งการ

- เห็นควรแจ้ง

[Signature]
16.8.2566

ขอแสดงความนับถือ

๕๑ห้องห้องหทัย ER พัทธวรรณ
ทำนันท

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร. ๐ ๔๔๘๘๑ ๑๖๙๑ - ๔ ต่อ ๓๐๗

โทรสาร ๐ ๔๔๘๒ ๒๑๙๕

(นายนิวัติโชติ นิลกำแหง)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

คำนิยม สสจ.ชัยภูมิ "ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความคิดสร้างสรรค์ พัฒนานวัตกรรม ทำงานอย่างมืออาชีพ"

[Signature]
มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
ในกรณีที่แจ้งเรื่องอบรม
23 ส.ค. 66

รายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)
จังหวัดยโสธร ประจำปี ๒๕๖๖

๑. คุณสมบัติและคุณลักษณะผู้เข้ารับการอบรม

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

๒. ผู้ประสานงานการฝึกอบรม

นางสาวลลิตา ชัยเคนวงศ์

Tel. ๐๖-๑๙๖๕-๐๒๑๑

นายเรืองยศ พรหมวิชัย

Tel. ๐๘-๘๑๑๗-๘๖๔๘

นางสาวอารยา ท้าวค่อน

Tel. ๐๙๙ -๒๐๓๕๓๕๒

โทรศัพท์กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินฯ

๐-๔๕๗๑-๔๕๒๖

๓. สถานที่ฝึกอบรม

ณ ห้องประชุมบังไฟโก้ ชั้น ๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

นาย กอบต. บ้านไร่

เพื่อโปรดทราบ

แจ้ง.....

เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นางสาวลลิตา ชัยเคนวงศ์)

พนักงานธุรการ สำนักงาน

(นายศุภกฤษ ฐานเจริญ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

โปรดสั่งการ.....

(นายมนตรี สติรานวัฒน์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

นายกรานต์ เขตจันทัก

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร การปฐมพยาบาลและการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR)

รุ่น ๔ วันที่ ๑๑ กันยายน - ๑๕ กันยายน 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. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
๒. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๓. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ และ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งอนุกรรมการรับรององค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) อศป. เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยชีวิตแก่ผู้ปฏิบัติการ
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด ในคดีที่ อศป. เห็นว่าอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงภัยชีวิตแก่ผู้ปฏิบัติการ
๕. ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และไม่เป็นโรคที่ อศป. ประกาศกำหนด

ลงชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

หลักฐานการรับสมัคร (อย่างละ ๑ ฉบับ)

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....