



แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้บังคับบัญชา).....ตำแหน่ง.....
 สังกัดหน่วยงาน.....ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์ติดต่อ.....

ขอรับรองว่า (ชื่อผู้สมัคร).....

- เป็นผู้ปฏิบัติการที่สังกัดกับหน่วยงานนี้จริง
- เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามข้อกำหนดไว้ในประกาศนียบัตร และการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ.๒๕๕๔ ดังนี้
- (๑) อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
 - (๒) เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามที่กำหนดไว้ในประกาศนียบัตร
 - (๓) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่ง อสป. เห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
 - (๔) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อสป. เห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสียหายเกียรติศักดิ์แห่งผู้ปฏิบัติการ
 - (๕) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
 - (๖) ไม่เป็นโรคที่ อสป. ประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้เป็นผู้ปฏิบัติการ
 - (๗) ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความการรับรองข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรอง



ติดรูปถ่าย

๒ นิ้ว

แบบฟอร์ม การสมัครเพื่อขอรับใบประกาศนียบัตรสำหรับผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
(ที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนเดือนสิงหาคม ๒๕๕๗)

โปรดทำเครื่องหมาย ระบุระดับประกาศนียบัตรที่ตรงกับคุณสมบัติของท่าน (เพียงหนึ่งระดับ)

- เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
 พนักงานฉุกเฉินการแพทย์
 อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลทั่วไป

๑. ข้าพเจ้า คำนำหน้านาม นาย นาง นางสาว (ยศหรือคำนำหน้าอื่นๆระบุ)
ชื่อ (ไทย) สกุล
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ)..... สกุล
๒. เลขบัตรประจำตัวประชาชน
๓. วันเดือนปีเกิด วันที่ เดือน พ.ศ. ปัจจุบันอายุ ปี
๔. เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา
๕. เพศ หญิง ชาย
๖. สถานภาพการสมรส โสด สมรส หย่า หม้าย
๗. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ
- e-mail
๘. ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดที่ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน
ที่อยู่ เลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
๙. ประเภทของหน่วยงานต้นสังกัด
 หน่วยราชการ สังกัดกระทรวง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ อื่นๆ ระบุ.....
๑๐. ที่อยู่ที่ต้องการให้ สพฉ.ติดต่อ สำหรับจัดส่งเอกสาร
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 ที่อยู่ตามสถานที่ปฏิบัติงาน

๑๑. การศึกษาชั้นสูงสุด

- ประถมศึกษา ชั้นปีที่ มัธยมศึกษาชั้นปีที่
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช) สาขา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส) สาขา
- ปริญญาตรี สาขา
- สูงกว่าปริญญาตรี (ระบุระดับการศึกษาและสาขา)

๑๒. ประวัติการศึกษาหรือฝึกอบรมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ที่เกี่ยวข้องกับระดับของประกาศนียบัตรที่ต้องการขอการอนุมัติ)

หลักสูตร	สถาบัน	ปี พ.ศ.	หมายเหตุ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับใบประกาศนียบัตรและได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา)
- สำเนาหลักฐานแสดงคุณวุฒิการผ่านการศึกาหรือฝึกอบรมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ออกโดยสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองจาก อสป.
- เอกสารการรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ลงนามรับรองโดยผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้)
- เอกสารการรับรองเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อกำหนด(ลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานต้นสังกัด)
- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน (เขียนชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน หลังรูปทุกใบ)
- ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน
- หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล (ถ้ามี)
- เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) ระบุ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ๑. หลักฐานแนบลำดับที่ ๓ (เฉพาะกรณีผู้สมัคร ในพื้นที่จังหวัด ที่ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินให้การรับรองมาเป็นรายบุคคล
 ๒. กรณีที่ ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่จังหวัดให้การรับรองมาเป็นรายจังหวัด ทาง สพฉ.จะแจ้งให้ทราบผ่านทาง