



แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติเพื่อการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร

- ประเภทปฏิบัติการแพทย์
ประเภทปฏิบัติการอำนวยการ
พนักงานฉุกเฉินการแพทย์
ผู้กำกับกรปฏิบัติการฉุกเฉิน
ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน
พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ ๑ (สำหรับผู้ยื่นคำขอต่ออายุ)

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ปฏิบัติการ).....สังกัดหน่วยงาน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์ติดต่อ.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตร และการ
ปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ หน้าข้อความที่รับรอง)

- อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย
ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด
เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
ไม่เป็นโรคที่ อกศป. ประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ผู้ปฏิบัติการ ดังนี้
(๑) โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย อันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
(๒) โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
(๓) ความพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
(๔) โรคหรือความพิการอื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ (สำหรับการรับรองของผู้บังคับบัญชา)

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้บังคับบัญชา).....ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....ขอรับรองว่า (ชื่อผู้ปฏิบัติการ)
เป็นผู้ปฏิบัติการภายใต้การบังคับบัญชาของข้าพเจ้าจริง และขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตร และการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
ประทับตราหน่วยงาน

กรณีไม่มีต้นสังกัด ให้แนบใบรับรองแพทย์ อายุไม่เกิน ๑ เดือน ก่อนการยื่นขอต่ออายุ