



แบบฟอร์มรับรองรายชื่อผู้ผ่านการฝึกอบรมและผ่านการประเมินและสอบ
ตามเกณฑ์และวิธีการประเมินและสอบเพื่อขอรับประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
(หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน)

ชื่อองค์กรฝึกอบรม.....

อบรมระหว่างวันที่.....ถึง.....วันที่.....

ฝึกปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์จริง ระหว่างวันที่ถึง.....

จำนวนผู้เข้ารับการอบรม.....คน จำนวนผู้ขอรับประกาศนียบัตร.....คน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เลขบัตรประชาชน	วุฒิการศึกษาสูงสุด	อายุ
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				
๑๒				
๑๓				

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เลขบัตรประชาชน	วุฒิการศึกษาสูงสุด	อายุ
๑๔				
๑๕				
๑๖				
๑๗				
๑๘				
๑๙				
๒๐				
๒๑				
๒๒				
๒๓				
๒๔				
๒๕				
๒๖				
๒๗				
๒๘				
๒๙				
๓๐				
๓๑				
๓๒				
๓๓				
๓๔				

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เลขบัตรประชาชน	วุฒิการศึกษาสูงสุด	อายุ
๓๕				
๓๖				
๓๗				
๓๘				
๓๙				
๔๐				
..				
ตามจำนวน ที่ยื่นขอ				

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อดังกล่าวข้างต้น จำนวน.....คน
เป็นผู้ มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดในหลักสูตร และตามข้อ ๑๗ แห่งประกาศกรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องการให้
ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๔ ทุกประการ

มีผลการประเมินเจตคติผ่านตามเกณฑ์

สอบผ่านภาคทฤษฎี

สอบผ่านภาคปฏิบัติในสถานการณ์จำลองระหว่างการอบรม

สอบผ่านภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยมีการส่งผลการปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์จริง ครบในเวลา
ที่กำหนด

ทั้งนี้ได้ทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีรายชื่อดังกล่าวทุกคน พร้อมอัปโหลดรูปถ่าย และรับรองผล
การผ่านการประเมินและสอบ รวมทั้งได้ตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูลในระบบโปรแกรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

.....
()

ผู้รับผิดชอบองค์กรฝึกอบรม

(ให้แนบแบบฟอร์มนี้ พร้อมทำหนังสือปะหน้า “เรียนเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” และส่งมายัง สพฉ. หลังจากที่ได้ทำการบันทึก
ข้อมูลในระบบโปรแกรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ภายใน ๓๐ วัน หลังครบกำหนดการฝึกปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์จริง)