



### แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติเพื่อเข้ารับการอบรมและขอรับประกาศนียบัตร

- ประเภทปฏิบัติการแพทย์  พนักงานฉุกเฉินการแพทย์  อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
- ประเภทปฏิบัติการอำนวยการ  ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน  ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน
- ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน  พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

#### ส่วนที่ ๑ (สำหรับผู้ยื่นคำขอ)

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

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตร และการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง  ในช่อง  หน้าข้อความที่รับรอง)

- อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
  - ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย
  - ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด
  - ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
  - ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
  - ไม่เป็นโรคที่ อศป. ประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ผู้ปฏิบัติการดังนี้
- (๑)  โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
- (๒)  โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
- (๓)  ความพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
- (๔)  โรคหรือความพิการอื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

( )

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<p><b>ส่วนที่ ๒ (สำหรับการรับรองของผู้บังคับบัญชา)</b></p> <p>ข้าพเจ้า(ชื่อผู้บังคับบัญชา).....</p> <p>ตำแหน่ง..... สังกัดหน่วยงาน.....</p> <p>ขอรับรองว่า (ชื่อผู้ปฏิบัติการ) .....</p> <p>เป็นผู้ปฏิบัติการภายใต้การบังคับบัญชาของข้าพเจ้าจริง และขอรับรองว่า</p> <p>เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามประกาศ กพฉ.เรื่องการให้ประกาศนียบัตร</p> <p>และการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ทุกประการ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p>ประทับตราหน่วยงาน</p>	<p><b>ส่วนที่ ๓ (สำหรับองค์กรฝึกอบรม)</b></p> <p>ชื่อองค์กรฝึกอบรม.....</p> <p>ผลการพิจารณาขององค์กรฝึกอบรม</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับเข้าฝึกอบรม</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับเข้าฝึกอบรม</p> <p>เนื่องจาก.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>ผู้รับผิดชอบองค์กรฝึกอบรม</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>
--	--

(กรณีไม่มีต้นสังกัด ให้แนบใบรับรองแพทย์ อายุไม่เกิน ๑ เดือน ก่อนการยื่นสมัครพร้อมแบบฟอร์มนี้)