



รุ่นที่	ลำดับ	ชื่อ สกุล	เลขบัตรประชาชน	กลุ่มขอเปลี่ยนผ่าน		กลุ่มขอเทียบเท่า
				หมดอายุ ก่อน ๑ มี.ค ๖๓	หมดอายุ ตั้งแต่ ๑ มี.ค ๖๓ เป็นต้นไป	ไม่เคยได้รับ ประกาศนียบัตร

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่ามีรายชื่อดังกล่าวข้างต้น จำนวน .....คน เป็นผู้สำเร็จหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการต่ออายุประกาศนียบัตรสาขา..... และมีผลการทดสอบความรู้ผ่านตามเกณฑ์ที่ สพฉ. กำหนด จึงขอส่งรายชื่อเพื่อพิจารณาอนุมัติให้เปลี่ยนผ่าน/เทียบเท่าเป็นผู้ปฏิบัติการตามข้อบังคับใหม่ในสาขา..... ต่อไป

ทั้งนี้ ได้ทำการบันทึกและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบโปรแกรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้รับผิดชอบหลักสูตร/อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

ข้อมูลสำหรับองค์กร

๑. ขอให้องค์กรฝึกอบรมบันทึกข้อมูลในระบบ พร้อมส่งข้อมูลการรับรองรายชื่อตามแบบฟอร์มนี้ มายัง สพฉ ภายใน ๔๕ วันหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

๒. ให้ใช้หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการต่ออายุประกาศนียบัตรในแต่ละสาขาตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ เป็นหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน

๓. ผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน/เทียบเท่า ในแต่ละกลุ่ม จะต้องยื่นความจำนงค์ต่อ สพฉ. ก่อน และ สพฉ. จะประกาศรายชื่อให้ทราบทางหน้าเว็บไซต์ (ถ้าไม่ได้ยื่นความจำนงค์มาก่อน จะไม่สามารถขอรับการเปลี่ยนผ่าน/เทียบเท่าได้)