

**บันทึกประวัติผลงาน**

บุคคลผู้ได้รับคัดเลือกเข้ารับเข็มเชิดชูเกียรติ **ประเภทสรรเสริญ ชั้น ๕** สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

จังหวัด.................................................

 **(พ.ศ.๒๕๖๐)**

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อ คำนำหน้าชื่อ *(นาย/นาง/นางสาว/นพ./อื่นๆระบุ)*.......ชื่อ..........................................นามสกุล.................................

หมายเลขบัตรประชาชน....................................................................เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

วุฒิการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ป.ตรี ป.โท

 ป.เอก อื่น ๆ .........................................

ตำแหน่งปัจจุบัน.......................................................

สังกัดหน่วยงาน................................................................................จังหวัด....................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่...................................................................................................................................................

อำเภอ..........................................จังหวัด.............................รหัสไปรษณีย์.......................โทร..........................................

๒. **ประเภทผู้ปฏิบัติการ**

|  |  |
| --- | --- |
| * ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นอาสากู้ชีพ ( FR)
* เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B)
* เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I)
* แพทย์
* พยาบาล
 | * นักวิชาการสาธารณสุข
* ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สสจ./ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ
* ผู้บริหาร/ผู้นำท้องถิ่น/ผู้บริหารมูลนิธิฯ/ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ระบุ)...............................................
 |

๓. **การปฏิบัติงาน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)**

* เริ่มปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มเดือน................พ.ศ.................(วันที่แจ้งขึ้นทะเบียนปฏิบัติการในระบบ)
* รหัสประจำตัวผู้ปฎิบัติการ(EMS) .............................................................................................
* ปัจจุบันปฏิบัติงานEMS ชื่อหน่วยปฏิบัติการสังกัด...................................................................

อำภอ..........................................................จังหวัด...................................................................

๔. **ประวัติผลงาน/ผลการปฏิบัติงานเด่น**

1. ปฏิบัติหน้าที่ด้านการอำนายการ/การบัญชาการ/การสนับสนุน
* ผลการปฏิบัติงานเด่น ๆ ระบุ..............................................................................................................

ข. ปฏิบัติหน้าที่ด้าน ปฏิบัติการทางการแพทย์ ที่หน่วยปฏิบัติการหรือชุดปฏิบัติการ

* ออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย จำนวน ............................ราย(๑ ต.ค ๕๘- ๓๐ กย.๕๙ )
* ผลการปฏิบัติการเด่น (ถ้ามี) โปรดระบุ............................................................................
1. ปฏิบัติหน้าที่ด้าน การรับแจ้งเหตุ การแจ้งเหตุ และการสั่งการ การประสานงาน
* ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย/รับแจ้งเหตุ/สั่งการให้คำแนะนำ จำนวน ........................ราย
* ผลการปฏิบัติการดีเด่น (ถ้ามี) โปรดระบุ...............................................................................................

......................................................................................................................................................................

1. ปฏิบัติหน้าที่พิเศษหรือหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และสมควรได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติ

โปรดระบุ........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

๕. **ความเห็น ข้อเสนอ ของหน่วยงานที่สังกัด** .............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

..............................................ผู้บันทึกข้อมูล (...................................................)

 ............................................ผู้รับรองข้อมูล

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

 ตำแหน่ง..............................................

 ................./......................../...................

**หมายเหตุ**

 - ผู้รับรองข้อมูล ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา /หัวหน้าหน่วย

 - สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จาก เว็บไซด์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ [WWW.niems.go.th](http://WWW.niems.go.th)

**แบบสรุปรายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS)เสนอพิจารณาให้ได้รับเข็มชิดชูเกียรติ ประเภทสรรเสริญ ชั้น ๕ ปี ๒๕60**

จังหวัด............................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ว ด ป เกิด | ประเภทผู้ปฏิบัติการ | สังกัด | วุฒิการศึกษา/ฝึกอบรม | วันเดือนปีที่เริ่มขึ้นทะเบียนปฏิบัติในระบบEMS |
| ๑ |  |  |  |  |  |  |  |
| ๒ |  |  |  |  |  |  |  |
| ๓ |  |  |  |  |  |  |  |
| ๔ |  |  |  |  |  |  |  |
| ๕ |  |  |  |  |  |  |  |
| ๖ |  |  |  |  |  |  |  |
| ๗ |  |  |  |  |  |  |  |

........................................................................ผู้รับรองข้อมูล

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

ตำแหน่ง....................................................................

................................../............................................../............

**หมายเหตุ**  - ผู้รับรองข้อมูล ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

 - สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จาก เว็บไซด์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ [WWW.niems.go.th](http://WWW.niems.go.th)