 **ใบสมัคร** 

**ใบสมัคร DMAT ( Disaster Medical Assistance Team ) สำหรับผู้ปฏิบัติการ**

**เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ**

๑.ข้าพเจ้า (นาย/นางนางสาว)..................................................................หมายเลขบัตรประชาชน...............................................................................................

ชื่อ สะกดภาษาอังกฤษตามบัตรประชาชน................................................................................................................................................................................

อายุ ............ปี อาชีพ.....................................................สถานที่ทำงาน...................................................................................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่................หมู่ที่/หมู่บ้าน......................................ซอย.................................ถนน...............................................................................

ตำบล/แขวง................................อำเภอ/เขต................................จังหวัด.............................รหัสไปรษณีย์.............................................................................

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.............................Fax........................โทรศัพท์มือถือ..........................อี-เมล์......................................................................................

๒.วุฒิการศึกษา..............................................................ผ่านการฝึกอบรม....................................................................................................................................

๓.ประสบการณ์เป็นจิตอาสา ไม่เคย

เคย / โครงการ คือ..............................................................................................................................................................................................................

๔.ทักษะ/ความชำนาญเฉพาะตัวด้านกู้ภัย/กู้ชีพ ระดับ ปฏิบัติการ วิทยากร / อบรมเฉพาะทาง

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

๕.ข้าพเจ้า เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ใช่

ไม่ใช่ โรคประจำตัว ........................................

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน บุคคล/ญาติสนิทที่สามารถติดต่อได้ทันที

ชื่อ...............................................ความเกี่ยวข้อง............................เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ............................................................................................................

๖.ชื่อหน่วยงาน/มูลนิธิ ที่อยู่ ในการออกหนังสือเชิญ

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

๗.สามารถส่งใบสมัคร/ติดต่อสอบถามรายละเอียด

ได้ที่ นส.อรุณี เป้าประจักษ์ e – mail : [**aua2502@gmail.com เบอร์**](mailto:aua2502@gmail.com%20%20%20%20เบอร์)**โทรติดต่อ : ๐๘๙ – ๙๕๑ ๕๕๐๕ Fax. 02-5919140**

หมายเหตุ ๑. คุณสมบัติผู้สมัครและการรับสมัครถือเป็นสิทธิ์ของกรรมการในการพิจารณาความเหมาะสม

หมดเขตรับสมัครวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ประกาศรายชื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมในวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ทาง w w w.niems.go.th

๒. มีบุคคลและหน่วยงานรับรอง พร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด

๓. ใบประกาศนียบัตรออกในนามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและสถานฝึกอบรมดับเพลิงและกู้ภัยชั้นสูง (TFATA) และรับรองมาตรฐาน

NFTA 1600 (รับรองวิทยฐานะได้ทั่วโลก)



**รับสมัคร DMAT ( Disaster Medical Assistance Team ) สำหรับผู้ปฏิบัติการ**

**DMAT THAILAND รุ่นที่ ๑๑ ระหว่างวันที่ ๖ – ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐**

**คุณสมบัติผู้สมัคร**

**๑.บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาลฯ อาสาสมัครมูลนิธิ จิตอาสา ซึ่งเคยผ่านการฝึกอบรมระดับ EMR/FR ขึ้นไปและใบประกาศนียบัตรไม่หมดอายุ ,บุคลากรในหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเบื้องต้น**

**๒.มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อ/ไม่มีโรคประจำตัว/ไม่มีโรคร้ายแรง**

**๓.มีจิตอาสา**

**๔.อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป**

**๕.สามารถฝึกปฏิบัติและปฏิบัติงานจริงภายใต้ความกดดันและยากลำบากได้ทุกสถานการณ์**

**๖.สามารถตอบสนองและพร้อมรายงานตัวปฏิบัติงานภายใน ๔ – ๘ ชั่วโมง และปฏิบัติการต่อเนื่อง**

**ได้อย่างน้อย ๑ อาทิตย์**

**๗.สามารถใช้วิทยุสื่อสาร และอุปกรณ์สำนักงานได้**

**เอกสารประกอบการรับสมัคร**

**๑.บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ในกรณีต่างชาติ) มีถิ่นพำนักในประเทศไทยไม่น้อยกว่า ๑ ปี**

**๒.รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่น ไม่สวมหมวก พื้นหลังสีขาว ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ ใบ**

**๓.ใบประกาศนียบัตร/วุฒิบัตร**

**สถานที่ฝึกอบรม**

**สถาบันฝึกอบรมดับเพลิงและกู้ภัยชั้นสูง ทาฟต้า (TFRTA) ตำบลเพนียด อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี**

**ผู้ประสานงานโครงการ : นส.อรุณี เป้าประจักษ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘๙ – ๙๕๑ ๕๕๐๕**

**ส่งใบสมัคร : ทาง อีเมล์** [**aua2502@gmail.com หรือ**](mailto:aua2502@gmail.com%20%20หรือ) **ทางโทรสาร 02 – 591 9140**