 **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****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** **ทางโทรสาร 02 – 591 9140**