 **ใบสมัคร** 

**ใบสมัคร DMAT ( Disaster Medical Assistance Team ) เพื่อการฝึกซ้อมสาธารณภัย DMAT COMING HOME**

**เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ**

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

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

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

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

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

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

๒.วุฒิการศึกษา..........................................................................................ผ่านการฝึกอบรม **DMAT รุ่นที่..........อบรม ระหว่างวันที่..........................................**

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

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

๔.ข้าพเจ้า เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัว

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน บุคคล/ญาติสนิทที่สามารถติดต่อได้ทันที

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

๕.ชื่อหน่วยงาน/มูลนิธิ ต้นสังกัด

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

๖.สามารถส่งใบสมัคร/ติดต่อสอบถามรายละเอียด

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

หมายเหตุ : กรุณาอ่านรายละเอียดและกรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และประสานงานติดต่อในเวลาทำการ ๐๘.๓๐ – ๑๗.๐๐ น.

๑. คุณสมบัติผู้สมัครและการรับสมัครถือเป็นสิทธิ์ของกรรมการในการพิจารณาความเหมาะสม

หมดเขตรับสมัครวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๐ ประกาศรายชื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ทาง w w w.niems.go.th

๒. มีบุคคลและหน่วยงานรับรอง พร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด

๓. การฝึกอบรม DMAT ครั้งนี้เสมือนการส่งทีมเข้าพื้นที่ภัยพิบัติจริง ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องรับผิดชอบตนเองในการเข้าร่วมการฝึก

๔.ต้องกรอกแบบฟอร์ม ISC 301 ให้ครบถ้วน ส่งพร้อมใบสมัคร ทาง e – mail : **aua2502@gmail.com เท่านั้น**