



ผู้รวบรวม
ชื่อ.....นามสกุล.....

ใบสมัครสมาชิกบัตร Star of life

- สถานะ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน สมาชิกครอบครัวของผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน
ประเภทบัตร บัตร Star of life (200 บาท/ปี) บัตร Star of life (PREMIER) (500 บาท/ปี)

1. ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (ไทย) นามสกุล (ไทย)
ชื่อ (อังกฤษ) นามสกุล (อังกฤษ) วันเดือนปีเกิด
อายุ..... เพศ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... อาคาร..... ชั้น..... หมู่บ้าน..... หมู่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
อาชีพ/ตำแหน่ง..... เบอร์โทรติดต่อ..... อีเมล.....

2. ประกาศนียบัตรสำหรับผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ถือ (ถ้ามี)

- นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ.) อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.)
 เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ.) พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ.)
 อื่นๆ

ชื่อหน่วยงาน.....
ที่อยู่ทำงาน เลขที่..... อาคาร..... ชั้น..... หมู่บ้าน..... หมู่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

3. ข้อมูลด้านสุขภาพ

หมู่โลหิต..... Rh..... โรคประจำตัว..... ประวัติแพ้ยา.....
แพ้อาหาร..... โรงพยาบาลที่รักษาประจำ.....
ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการช่วยเหลือ.....

4. บุคคลที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ..... นามสกุล..... เบอร์โทรติดต่อ..... ความสัมพันธ์.....
ชื่อ..... นามสกุล..... เบอร์โทรติดต่อ..... ความสัมพันธ์.....

5. ผู้รับผลประโยชน์

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... เบอร์โทรติดต่อ..... ความสัมพันธ์.....

6. ที่อยู่สำหรับจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่..... อาคาร..... ชั้น..... หมู่บ้าน..... หมู่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

***ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเพื่อใช้ในการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

กรณีเป็นครอบครัวของสมาชิกให้กรอกข้อมูล ข้อ 1,3,4,5 และ6