



มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
Emergency Medical Foundation of Thailand

ที่ มพฉ ๕ /๒๕๖๒

มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (มพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา
สาธารณสุขซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๔ เว็บไซต์ : www.niems.go.th

“ เป็นองค์การหรือสถานสาธารณกุศล ลำดับที่ ๙๕๗ ของประกาศกระทรวงการคลังฯ ”

๒ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความร่วมมือคัดเลือกรายงานที่เหมาะสมรับมอบเครื่องกรองน้ำ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มเสนอชื่อ มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม และภาคีเครือข่าย เพื่อรับมอบเครื่องกรองน้ำและอุปกรณ์

ด้วยบริษัท เอียร์สุรัตน์ จำกัด (มหาชน) ได้มีจิตศรัทธาบริจาคเครื่องกรองน้ำ ยี่ห้อ SAFE รุ่น ROMA Plus พร้อมอุปกรณ์ ให้มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อมอบให้ มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม และภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองของทุกจังหวัด และได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างถูกต้องแล้ว

ในการนี้ มูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีความประสงค์ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการพิจารณาคัดเลือก มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม และภาคีเครือข่ายที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีความเหมาะสมได้รับเครื่องกรองน้ำ ยี่ห้อ SAFE รุ่น ROMA Plus พร้อมอุปกรณ์ จำนวน ๑ เครื่อง แล้วส่งรายชื่อพร้อมรายละเอียด ตามแบบฟอร์มดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ให้ผู้อำนวยการสำนักงานมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา สาธารณสุขซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๔ มือถือ ๐๘๑ ๑๗๔ ๑๖๖๙ ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)

ประธานกรรมการมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สำนักงานมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ ต่อ ๑๒๒๒

โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๔

แบบฟอร์มเสนอชื่อ มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม และภาคีเครือข่าย
เพื่อรับมอบเครื่องกรองน้ำ ยี่ห้อ SAFE รุ่น ROMA Plus พร้อมอุปกรณ์
จากมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี ๒๕๖๒

ส่วนที่ ๑ (มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม และภาคีเครือข่าย ที่ได้รับคัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

ลำดับที่	มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม (จำนวน ๑ แห่ง)	ที่อยู่	ผู้ประสานงาน
			ชื่อ _____ _____ _____ โทรศัพท์ _____ _____

ลงชื่อ ผู้เห็นชอบ (ผู้บริหารมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม)

(.....)

โทรศัพท์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ (เฉพาะเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

.....
.....

ขอรับรองในความถูกต้อง

ลงชื่อ

(.....)

โทรศัพท์

วันที่ เดือน พ.ศ.

เกณฑ์การพิจารณามอบเครื่องกรองน้ำให้ มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม และภาคีเครือข่าย

๑. ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการกู้ชีพกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างถูกต้อง
๒. ที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดนั้นๆ
๓. มีผลงานด้านกู้ชีพเชิงประจักษ์ และเป็นที่ยอมรับของสาธารณะ
๔. มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม และภาคีเครือข่าย ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการติดตั้งเครื่องและอุปกรณ์เอง

