



ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตร “การรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน : พรจ. (Emergency Medical Call Taker)”
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
ระหว่าง วันที่ ๒๓ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ณ โรงแรม อมารี ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

-
๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....ชื่อสกุล.....
๒. ตำแหน่ง.....ระดับ.....
๓. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
๔. การศึกษา ประกาศนียบัตร.....สาขา.....
จากสถาบัน.....
ปริญญาตรี.....สาขา.....
จากสถาบัน.....
สูงกว่าปริญญาตรี.....สาขา.....
จากสถาบัน.....
๕. เลขที่ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ.)
๖. ข้อจำกัดด้านอาหาร มังสวิรัติ ฮาลาล ไม่รับประทาน..... ไม่มีข้อจำกัดด้านอาหาร

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

๑. คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้ต้องปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผ่านการอบรมหลักสูตร EMT มีประกาศนียบัตรและประสบการณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินมาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี
๒. โปรดส่งใบสมัครกลับไปยังสำนักสนับสนุนการปฏิบัติการฉุกเฉิน โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๒ ภายในวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ email : nawanana@niems.go.th
๓. สำนักสนับสนุนการปฏิบัติการฉุกเฉิน จะพิจารณาคัดเลือกและแจ้งรายชื่อเฉพาะผู้ที่ได้รับการคัดเลือก ทาง www.niems.go.th/ศูนย์การศึกษา ฝึกอบรมและการให้ประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ประมาณวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข ๐๘ ๐๖๒๓ ๑๖๖๘