

แบบแสดงความประสงค์ขอเข้ารับการทดสอบเพื่อขึ้นทะเบียนสำหรับเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร โซน 9

สงวนสิทธิเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (Bangkok EMS)

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/นาย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
แขวง.....เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โรคประจำตัว.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....และโทรศัพท์มือถือ.....
ปัจจุบันปฏิบัติงาน Full time(ทำงานแบบเต็มเวลา) Part time (ทำงานแบบบางเวลา)
สถานที่ปฏิบัติงาน(ระบุหน่วยงาน/หอผู้ป่วย).....โรงพยาบาล.....
ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉิน (EMT-B) ปี พ.ศ.....จากสถาบัน.....
ประสบการณ์ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน.....ปีและ/หรือประสบการณ์ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS).....ปี
การศึกษา/อบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เพิ่มเติม
 ไม่มี มี (โปรดกรอกรายละเอียดในตาราง)

ปีที่จบการศึกษา/อบรม (พ.ศ.)	หลักสูตรที่ศึกษา/อบรม	สถาบันที่ศึกษา/อบรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชารับรอง
(.....) (.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

1. โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนพร้อมผู้บังคับบัญชาเซ็นรับรอง เรียบร้อยแล้วกรุณาส่งโทรสาร พร้อมเอกสารประกอบการสมัครไปยัง (ศูนย์ส่งกลับ โรงพยาบาลตำรวจ) หรือที่หมายเลข 02-6229265-6
2. เอกสารประกอบการสมัคร (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ) ได้แก่
สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (EMT-B)
3. ต้นฉบับแบบแสดงความประสงค์ขอเข้ารับการทดสอบเพื่อขึ้นทะเบียนสำหรับเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐานและสำเนาเอกสารซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง ส่งมอบให้เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนในวันรายงานตัวเข้ารับการทดสอบความรู้
4. กำหนดการทดสอบความรู้ วันที่ 20 พฤษภาคม 2552 เวลา 10.00 – 11.30 น. ณ ห้องประชุมชั้น 4 สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร