

แบบแสดงความประสงค์ขอเข้ารับการทดสอบเพื่อขึ้นทะเบียนสำหรับเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร โซน 5

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 พร้อมเอกสารประกอบการสมัครที่หมายเลข 02-3539603 (หน่วยแพทย์กู้ชีพโรงพยาบาลเลิดสิน)
2. เอกสารประกอบการสมัคร (กรุณาเซ็นรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ) ได้แก่  
สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ  
สำเนาใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (EMT-B)
3. ต้นฉบับแบบแสดงความประสงค์ขอเข้ารับการทดสอบเพื่อขึ้นทะเบียนสำหรับเวชกรฉุกเฉิน ระดับพื้นฐานและสำเนาเอกสารซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง ส่งมอบให้เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนในวัน รายงานตัวเข้ารับการทดสอบความรู้
4. กำหนดการทดสอบความรู้ วันที่ 20 พฤษภาคม 2552 เวลา 08.30 – 10.00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 4 สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร