

แบบยื่นคำขอเสนอโครงการหรือกิจกรรมเพื่อขอรับหน่วยคะแนน

การศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

1.ชื่อองค์กร………………โรงพยาบาลเลย.....…………………………………………………………………………………………………………..

2. ชื่อโครงการหรือกิจกรรม…โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Pre-Hospital Trauma Care for Nurse (PHTCN)…

3. รหัสโครงการหรือกิจกรรม⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜⬜(เฉพาะเจ้าหน้าที่ สพฉ.)

4. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ.....นางเพชรา.......สกุล.........จันทร์สว่าง.......... ตำแหน่ง.......พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ............................................ โทรศัพท์มือถือ.....0810521483............. โทรสาร..............-..................... E-mail………tuktat75@gmail.com…...…….

5. ผู้ประสานงานโครงการ

🗖เป็นคนเดียวกันกับผู้รับผิดชอบโครงการ

✓

🗖 เป็นบุคคลอื่น (ระบุ)

ชื่อ.....นายจักรพงษ์.......สกุล.........ชมภูทอง.......... ตำแหน่ง.......พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.............................................. โทรศัพท์มือถือ.....0856937665............. โทรสาร..............-..................... E-mail………top\_loei@hotmail.com .…….

6. ขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้กับกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

✓

🗖6.1 ผู้เข้าร่วมโครงการ

✓

🗖นฉพ.🗖จฉพ. 🗖พฉพ. 🗖อฉพ.

🗖6.2 ผู้เขียนโครงการ(เฉพาะโครงการตามประกาศ ข้อ 6.2.12)

ชื่อ.....................................สกุล.......................................เลขที่ประกาศนียบัตร..........................................

✓

🗖6.3 วิทยากร (ให้แนบประวัติวิทยากร เฉพาะผู้ที่ต้องการขอรับหน่วยคะแนน)

เอกสารประกอบการยื่นขอรับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

✓

🗖รายละเอียดโครงการที่ได้รับอนุมัติ พร้อมกำหนดการ

✓

🗖ตัวอย่างเอกสารหรือหนังสือรับรองที่จะมอบให้ผู้เข้าร่วมโครงการ

✓

🗖ประวัติวิทยากร (กรณียื่นขอสำหรับวิทยากร) ประกอบด้วย

* ชื่อ นามสกุลเลขที่ประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน พร้อมระบุวันหมดอายุประกาศนียบัตร
* สถานที่ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ…….....เพชรา จันทร์สว่าง…..………

( นางเพชรา จันทร์สว่าง )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

หมายเหตุ : ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มนี้พร้อมหนังสือถึงเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ก่อนดำเนินการโครงการ

อย่างน้อย 45 วัน