



แบบยื่นคำขอเสนอโครงการหรือกิจกรรมเพื่อขอรับหน่วยคะแนน
การศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ชื่อองค์กร ... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ชื่อโครงการหรือกิจกรรม...“โครงการอบรมฟื้นฟูพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician : EMT) และการช่วยฟื้นคืนชีพ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปีงบประมาณ 2564”
3. รหัสโครงการหรือกิจกรรม (เฉพาะเจ้าหน้าที่ สพล.)

4. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ...นางปานฤทัย สกุล...นาคบำรุง.... ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ..

โทรศัพท์มือถือ..088-8270960.... โทรสาร 077-272784 ต่อ102... Email : narkbumrung@hotmail.com.....

5. ผู้ประสานงานโครงการ

/ เป็นคนเดียวกันกับผู้รับผิดชอบโครงการ

เป็นบุคคลอื่น (ระบุ)

ชื่อ...นางปานฤทัย สกุล...นาคบำรุง.... ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.. โทรศัพท์มือถือ..088-

8270960.... โทรสาร 077-272784 ต่อ102... Email narkbumrung@hotmail.com...

6. ขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ให้กับกลุ่มเป้าหมาย 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 นามสกุล เลขที่ประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน พร้อมระบุวันหมดอายุประกาศนียบัตร
- สถานที่ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....

(นางปานฤทัย นาคบำรุง)

ตำแหน่ง....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....

ผู้รับผิดชอบโครงการ

หมายเหตุ : ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มนี้พร้อมหนังสือถึงเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ก่อนดำเนินการ
โครงการอย่างน้อย 45 วัน