

แบบยื่นคำขอเสนอโครงการหรือกิจกรรมเพื่อขอรับหน่วยคะแนน

การศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ชื่อองค์กร โรงพยาบาลบ้านนาสาร

2. ชื่อโครงการหรือกิจกรรม โครงการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

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

4. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ นางวิลาวัลย์ สกุล ธนทวี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 0818954300 โทรสาร 077 341717 E-mail Wilawan\_ER@hotmail.com

5. ผู้ประสานงานโครงการ

🗖 เป็นคนเดียวกันกับผู้รับผิดชอบโครงการ

🗖 เป็นบุคคลอื่น (ระบุ)

ชื่อ................................................ สกุล.................................................. ตำแหน่ง.............................................................. โทรศัพท์มือถือ......................................... โทรสาร........................................ E-mail……………………..….……………………….

6. ขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

🗖6.1 ผู้เข้าร่วมโครงการ

🗖 นฉพ. 🗖 จฉพ. 🗖 พฉพ. 🗖อฉพ.

🗖6.2 ผู้เขียนโครงการ (เฉพาะโครงการตามประกาศ ข้อ 6.2 (ญ))

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

🗖6.3 วิทยากร (ให้แนบประวัติวิทยากร เฉพาะผู้ที่ต้องการขอรับหน่วยคะแนน)

เอกสารประกอบการยื่นขอรับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

🗖 รายละเอียดโครงการที่ได้รับอนุมัติ พร้อมกำหนดการ

🗖 ตัวอย่างเอกสารหรือหนังสือรับรองที่จะมอบให้ผู้เข้าร่วมโครงการ

🗖 ประวัติวิทยากร (กรณียื่นขอสำหรับวิทยากร) ประกอบด้วย

* ชื่อ นามสกุล เลขที่ประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน พร้อมระบุวันหมดอายุประกาศนียบัตร
* สถานที่ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ…………………………………………………

( นางวิลาวัลย์ ธนทวี )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

หมายเหตุ : ยื่นคำขอตามแบบฟอร์มนี้พร้อมหนังสือถึงเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ก่อนดำเนินการโครงการ

อย่างน้อย 45 วัน