



ที่ กท ๐๖๑๓/ ๕๕

ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร
(ศูนย์เอร์วีน) สำนักงานแพทย์
อาคารพลับพลาไชย ๙/๑ ถนนเสือป่า
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กทม. ๑๐๑๐๐

๒๕ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง การฝึกอบรมหลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician Basic : EMT-B)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดหลักสูตรการฝึกอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอร์วีน) จะดำเนินการฝึกอบรมหลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician Basic : EMT-B) ให้กับบุคลากรในเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร โดยจะรับผู้เข้าฝึกอบรม จำนวน ๓๕ คน ซึ่งจะดำเนินการฝึกอบรมภาคทฤษฎีในห้วงเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๘

ในการนี้ ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอร์วีน) ขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์การฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ให้กับบุคลากรในสังกัดที่สนใจ โดยสามารถส่งใบสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ มายังศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอร์วีน) ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ โดยจะประกาศรายชื่อผู้สมัครผ่าน Facebook Page : ศูนย์เอร์วีน สำนักงานแพทย์ ภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้ นายฟ้าสว่าง ฟองจำ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๒๓ ๙๔๐๑ เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(น.ส.ธัญญา ปิตยะกุลชร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอร์วีน)

สำนักงานแพทย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย



กลุ่มงานมาตรฐานและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

โทร. ๐ ๒๒๒๓ ๙๔๐๑

โทรสาร ๐ ๒๒๒๓ ๙๖๘๔

๐๐ ๓๕/๖๕

รายละเอียดหลักสูตร
หลักสูตรฝึกอบรมสาขาพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
(Emergency medical technician-basic : EMT-B)

ผู้ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรจะสามารถกระทำการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อส่งต่อไปยังผู้ปฏิบัติการในระดับที่สูงกว่า หรือนำส่งสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถรับไว้บำบัดเจาะจง ผู้ที่ผ่านการอบรมต้องมีความรู้และทักษะพื้นฐานในการบริหารและการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยปฏิบัติงานเป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้การกำกับดูแลทางการแพทย์ สามารถกระทำการหัตถการด้วยเครื่องมือแพทย์ขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ในรถพยาบาล ตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบและข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ตามคำสั่งทางการแพทย์หรือการอำนวยการ ในระดับพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

หมวดกิจกรรม/รายวิชา		จำนวนชั่วโมงการฝึกอบรม	
		กิจกรรมวิชาการ	ปฏิบัติการในสถานการณ์จริง
หมวดกิจกรรมที่ ๑	การบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน (๘ หน่วยกิจกรรม)	๔๘	๒๔๐
รายวิชา พ ๑๐๑	ความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน	๑๖	๒๔๐
รายวิชา พ ๑๐๒	การบริหารผู้ป่วยฉุกเฉินเฉพาะโรค	๑๖	
รายวิชา พ ๑๐๓	การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล	๑๖	
หมวดกิจกรรมที่ ๒	ทักษะหัตถการเพื่อการบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน (๙ หน่วยกิจกรรม)	๕๔	๒๗๐
รายวิชา พ ๒๐๑	ทักษะหัตถการเพื่อการบริหารผู้บาดเจ็บ	๑๘	๒๗๐
รายวิชา พ ๒๐๒	ทักษะหัตถการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการหายใจ การหายใจ และหัวใจหยุดเต้น	๒๕	
รายวิชา พ ๒๐๓	ทักษะหัตถการเพื่อการเคลื่อนย้ายและลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน	๗	
รายวิชา พ ๒๐๔	ทักษะหัตถการการช่วยคลอดปกติในกรณีฉุกเฉิน	๔	
หมวดกิจกรรมที่ ๓	การช่วยอำนวยการ (๑ หน่วยกิจกรรม)	๖	๓๐
รายวิชา พ ๓๐๑	ระบบปฏิบัติการอำนวยการ	๖	๓๐
หมวดกิจกรรมที่ ๔	การบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (๑ หน่วยกิจกรรม)	๖	๓๐
รายวิชา พ ๔๐๑	งานบริหารสำหรับพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	๖	๓๐
หมวดกิจกรรมที่ ๕	วิชาการฉุกเฉินการแพทย์ (๑ หน่วยกิจกรรม)	๖	๓๐
รายวิชา พ ๕๐๑	วิชาการฉุกเฉินการแพทย์สำหรับพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	๖	๓๐
	รวมจำนวนชั่วโมงฝึกอบรม	๑๒๐	๖๐๐
การสอบ	การสอบเพื่อรับรองความสามารถ	๗	

ใบสมัคร

เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician Basic : EMT-B)

ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน (ภาคทฤษฎี)

ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) สำนักงานการแพทย์

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้สมัคร

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว นามสกุล.....
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ)..... Email.....
 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง..... หน่วยงาน
 หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) โทรสาร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนในการเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว ดังนี้

- ☐ ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว
- ☐ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- ☐ ไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างพิจารณาเพิกถอน หรือถูกเพิกถอนประกาศนียบัตรในสาขาใดสาขาหนึ่ง
- ☐ เป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในสังกัดหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาล
- ☐ ไม่เป็นโรคหรือภาวะผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- ☐ ไม่อยู่ระหว่างการถูกตั้งกรรมการสอบสวนกรณีความผิดวินัยร้ายแรงหรือเป็นจำเลยในคดีร้ายแรงที่มีพนักงานอัยการเป็นโจทก์

ทั้งนี้หากองค์กรฝึกอบรมตรวจสอบคุณสมบัติแล้วไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ข้าพเจ้ายินยอมให้องค์กรฝึกอบรม ตัดสิทธิ์การเข้ารับการฝึกอบรมได้ทันทีและจะไม่มีการเรียกร้องใด ๆ กับองค์กรฝึกอบรม

ลงชื่อ
 (.....)
 วันที่

ส่วนที่ ๒ สำหรับผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ
 หน่วยงาน ขอรับรองว่า (ผู้สมัคร)
 เป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในสังกัดของข้าพเจ้าจริง และมีคุณสมบัติครบถ้วนในการรับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว

ลงชื่อ
 (.....)
 วันที่

ประทับตราหน่วยงาน

กรุณาแนบเอกสารประกอบการสมัคร โดยรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร จำนวน ๑ ฉบับ และสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
- สำเนาวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า จำนวน ๑ ฉบับ
- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตา ถ้าหากหลังสีฟ้าหรือสีน้ำเงิน ขนาด ๒ นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน) จำนวน ๑ รูป
- ใบรับรองแพทย์ ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จำนวน ๑ ฉบับ



ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์ลิค) สำนักงานแพทย์
อาคารพลับพลาไชย ๙/๑ ชั้น ๓ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กทม. ๑๐๑๐๐

ชำระค่าฝากส่งเป็นเงินเชื่อ
ใบอนุญาตเลขที่ ๔/๒๕๕๒
ปณศ. พลับพลาไชย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารณ

๙๐๖ ถ.กำแพงเพชร แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐

EMS ปรสมณียด่วนพิเศษ

☐ นำจ่ายผู้รับ ☐ ถึง ปณ.ปลายทาง
วันที่ _____ ☐ 12.00น. ☐ 18.30น.
☐ 20.30น.



EM 7849 9115 6 TH

- 4 ก.พ. 2568