



ใบสมัครโครงการฝึกอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR ๔๐ ชั่วโมง) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ชื่อ-สกุล(นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี
วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขบัตรประชาชน.....
วุฒิการศึกษาสูงสุด.....โรคประจำตัว.....
ศาสนา.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS).....ปี
ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....Lineid:.....E-mail:.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้ฉุกเฉิน.....เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)

หลักฐานการรับสมัคร

- | | |
|--|--------------|
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาวุฒิการศึกษาพร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนา | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และไม่ใส่แว่นตา | จำนวน ๒ รูป |
| ฉากหลังสีฟ้าหรือสีน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน | |
| ☐ ใบรับรองแพทย์ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล(ถ้ามี) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ☐ เอกสารอื่น(ถ้ามี) | |

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร/ตรวจเอกสาร ลงชื่อ.....
(.....)
วัน/เดือน/ปี.....