

**แบบแสดงความจำนงเข้าร่วมปฏิบัติการ
ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร**

โซน.....
เลขที่หน่วยบริการ/.....
วันที่นัดตรวจ
สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

สถานที่ตั้ง เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

แขวง.....เขต.....กรุงเทพมหานคร.....

หมายเลขโทรศัพท์ 1.....2.....

3.....4.....

ผู้ประสานงาน 1.....หมายเลขโทรศัพท์.....

2.....หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอสมัครเข้าร่วมปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร
พื้นที่แม่โซนโรงพยาบาล..... ซึ่งอยู่ในการกำกับ ดูแล และตรวจสอบของ
กรุงเทพมหานคร โดยยินดีจะปฏิบัติตามมาตรฐาน ข้อกำหนดและระเบียบซึ่งกรุงเทพมหานครกำหนดไว้
ทุกประการ

และขอส่งหน่วยปฏิบัติการของโรงพยาบาล.....ในระดับปฏิบัติการ

หน่วยปฏิบัติการระดับสูง Advance Life Support จำนวน.....คันได้แก่

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน Basic Life Support จำนวน.....คันได้แก่

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

หมายเลขทะเบียน.....จุดจอดประจำ.....

/บุคลากรปฏิบัติ....

บุคลากรปฏิบัติหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการ จำนวน..... คน

- 1.....ตำแหน่ง.....
- 2.....ตำแหน่ง.....
- 3.....ตำแหน่ง.....
- 4.....ตำแหน่ง.....
- 5.....ตำแหน่ง.....
- 6.....ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

.....

...../...../.....