บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีณรงค์ โทร ๐ ๔๔๕๐ ๙๒๑๒ ต่อ ๑๑๓
ที่ สร ๐๐๓๒.๓๐๔.๑๕/๔๙๖ **วันที่** ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔
เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าอาหารว่าง/อาหารกลางวัน/ค่าวิทยากร จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์(EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

ด้วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้จัดทำโครงการเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ และทักษะในการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และรถที่ใช้ออกปฏิบัติการมีความพร้อมสำหรับออกปฏิบัติการ บัดนี้โครงการได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงขออนุมัติเบิกเงิน ค่าอาหารว่าง/อาหารกลางวัน/ค่าวิทยากร ในการจัดทำโครงการดังต่อไปนี้

๑. ค่าอาหารกลางวัน ๗๐ บาท x ๕๖ คน x ๑ มื้อ เป็นเงิน ๓,๙๒๐ บาท
๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๒๕ บาท x ๕๖ คน x ๒ มื้อ เป็นเงิน ๒,๘๐๐ บาท
๓. ค่าวิทยากร
บรรยาย ๑ วัน x ๒ ชั่วโมง x ๓๐๐ บาท x ๑ คน เป็นเงิน ๖๐๐ บาท
ประชุมเชิงปฏิบัติการ ๑ วัน x ๑ ชั่วโมง x ๓๐๐ บาท x ๕ คน เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๘,๘๒๐ บาท (แปดพันแปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ในการนี้งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แนบเอกสารประกอบการเบิกเงิน รายละเอียดดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

วิกานดา

(นางสาววิกานดา บุญโก) / พิกพ (แทน)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 12 ม.ค. 64

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

-เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ

(นางอรวรรณ ริ้วแดง)
นักวิชาการเงินและบัญชี

☐ ทราบ
☐ ชอบ
☑ อนุมัติ ๒๐๒๔.๕๐๐๐

๒๖ ม.ค. ๖๔

(นายวุฒิชัย แป้นทอง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์ (11.00 น.)
25 / ม.ค. / 64

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีณรงค์ โทร ๐ ๔๔๕๐ ๙๒๑๒ ต่อ ๑๑๓

ที่ สร ๐๐๓๒.๓๐๔.๑๕/๕๙๗ **วันที่** ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเสนอรายงานโครงการฯ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

ด้วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับหน่วยอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ และทักษะในการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และรถที่ใช้ออกปฏิบัติการมีความพร้อมสำหรับออกปฏิบัติการ บัดนี้โครงการได้เสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ข้าพเจ้า จึงขอส่งรายงานโครงการฯ รายละเอียดตามสิ่งที่แนบมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ) วิกานดา ผู้ขออนุมัติ
(นางสาววิกานดา บุญโก)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
12 ม.ค. 64

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์
-เพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติต่อไป

ลงชื่อ.....
(นางพิยดา โต๊ะงาม)
นักวิชาการเงินและบัญชี
...../...../.....

☐ ทราบ
☐ ชอบ
☒ อนุมัติ

(นายวุฒิชัย แป้นทอง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์
25 / ม.ค. / 64

แบบสรุปการดำเนินงาน

หน่วยงานที่รายงาน : งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ชื่อแผนงานโครงการ :โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

หลักการและเหตุผล

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีความสำคัญต่อการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น ที่จำเป็นต้องมีความถูกต้อง รวดเร็ว ตอบสนองได้ทันการณ์ ผู้ปฏิบัติการของหน่วยบริการสามารถเข้าถึงผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุเป็นทีมแรกๆ ได้เห็นกลไกการบาดเจ็บ ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเอื้ออาทร เมตตา รักและเอาใจใส่ ตระหนัก รู้ในหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง ปฏิบัติการเน้นความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น มีการใช้ทักษะการประเมินผู้บาดเจ็บ ให้การช่วยเหลือที่รวดเร็ว ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายที่ถูกวิธี รวมถึงมีการสื่อสารที่กระชับฉับไว และการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้เจ็บป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลมีคุณภาพที่ดี

ในภาวะที่ผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน ถูกต้อง และเหมาะสมตามมาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดไว้ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บระหว่างการนำส่งโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ พร้อมรับกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ผลการปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่ผ่านมามีดังนี้ ปี ๒๕๖๑ , ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ จำนวน ๙๙๕ , ๑,๐๔๔ และ ๑,๐๔๒ ราย มีการพัฒนาการออกปฏิบัติการที่รวดเร็ว สามารถตอบสนองได้ทันต่อเหตุการณ์ (Response time ภายใน ๑๐ นาที) ดังนี้ ปี ๒๕๖๑ , ๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓ ร้อยละ ๗๖.๙๕ , ๘๔.๗๑ และ ๘๗.๐๗ ตามลำดับ โรงพยาบาลศรีณรงค์ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ขึ้น เพื่อฟื้นฟู และทบทวนความรู้ด้านวิชาการและทักษะการปฏิบัติงาน ให้บุคลากรมีความรู้ ความพร้อม และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเหลือดูแลผู้บาดเจ็บได้อย่างถูกต้องปลอดภัย

วัตถุประสงค์

๑.เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ และทักษะในการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

๒.เพื่อให้รถที่ใช้ออกปฏิบัติการมีความพร้อมสำหรับออกปฏิบัติการ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ๕๖ คน ได้แก่

๑. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) ทั้ง ๖ หน่วย จำนวน ๕๐ คน

๒. หัวหน้างานและผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน ๖ คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑ เขียนโครงการและเสนอโครงการฯ

๒ ขออนุมัติโครงการฯงบประมาณ

๓ ทำหนังสือเชิญกลุ่มเป้าหมาย

๔ ดำเนินการจัดโครงการฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด

๕ ประเมินและสรุปโครงการฯ

ระยะเวลาดำเนินการ

๒๓ เดือน ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

สถานที่จัดอบรม

ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์

งบประมาณ จากเงิน คปสอ.ศรีณรงค์ มีรายละเอียดดังนี้

๑.ค่าอาหารกลางวัน ๑ มื้อ มื้อละ ๗๐ บาท จำนวน ๕๖คน	เป็นเงิน ๓,๙๒๐ บาท
๒.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๕๖ คนๆละ ๒ มื้อๆละ ๒๕ บาท	เป็นเงิน ๒,๘๐๐ บาท
๓.ค่าสมนาคุณวิทยากร (ใน รพ.)	
- บรรยายจำนวน ๑ คน บรรยาย ๒ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท	เป็นเงิน ๖๐๐ บาท
- อบรมเชิงปฏิบัติการ ๕ กลุ่มๆละ ๑คน จำนวน ๑ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท	เป็นเงิน ๑,๕๐๐ บาท
(ทุกรายการสามารถเฉลี่ยจ่ายกันได้)	

การประเมินผล

๑ ประเมินผลจากการทำแบบทดสอบหลังการอบรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๒ ประเมินผลจากการฝึกปฏิบัติการจากการแบ่งกลุ่ม

๒ ประเมินผลจากแบบประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.ผู้เข้าร่วมอบรมได้ทบทวนความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

๒.เกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทางการแพทย์ฉุกเฉิน

๓.เสริมสร้างความสัมพันธ์หว่างเครือข่ายในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

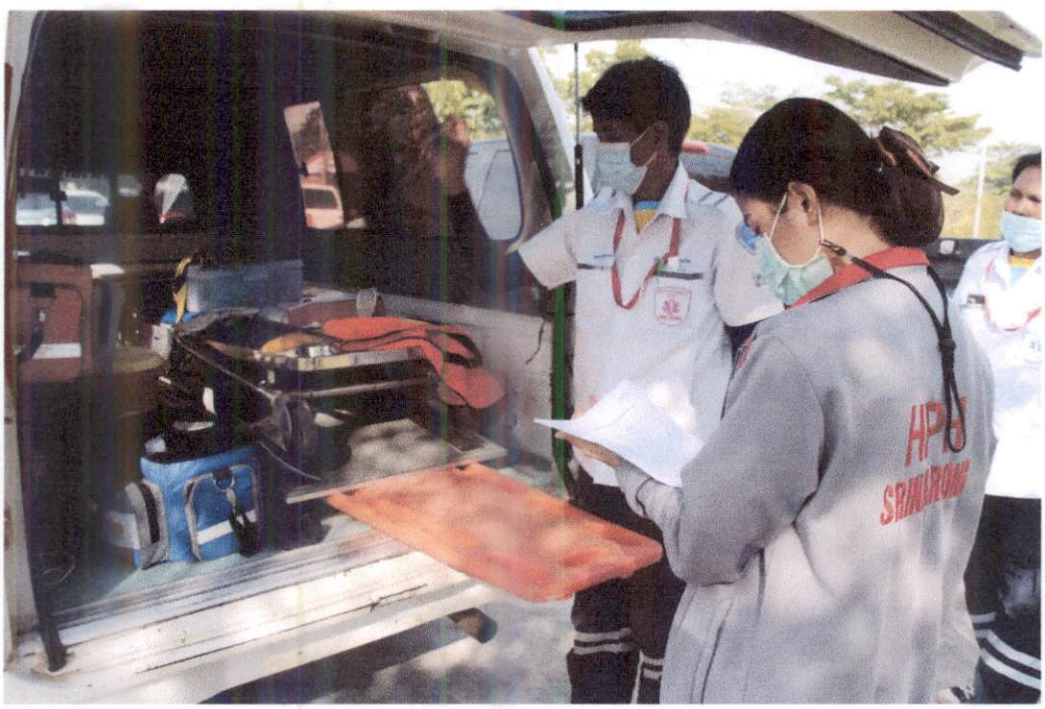
ภาพการดำเนินกิจกรรม
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
(Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ : นางรัตนา สายยศ ประธานเปิดโครงการ

ผู้เข้าร่วมอบรมรับฟังบรรยาย ทำแบบทดสอบวัดความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง

ตรวจสภาพรถ ตรวจอุปกรณ์และความพร้อมใช้งาน



ผลการตรวจสภาพรถการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

หน่วยกู้ชีพ	อุปกรณ์ที่ไม่พร้อมใช้งาน	อุปกรณ์ที่จำเป็นแต่ไม่มี
กู้ชีพณรงค์	- ที่แขวนตัวเจ้าหน้าที่บริเวณเพดานสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) - Head immobilizer c belt	- ถังออกซิเจน - ถังดับเพลิง - เครื่องวัดความดันโลหิต - ปรอทวัดไข้ - Pocket mask - Ambu bag - ลูกสูบยางแดง - อุปกรณ์ทำคลอด : ที่หนีบสายสะดือ - เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (Gluco-meter) - เครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด
กู้ชีพแจนแวน	- ออกซิเจน - ลูกสูบยางแดง - Ambu bag	- ที่แขวนตัวเจ้าหน้าที่บริเวณเพดานสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) - อุปกรณ์ทำคลอด : ที่หนีบสายสะดือ - เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (Gluco-meter) - เครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด - อุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น -
กู้ชีพหนองแวง	- เครื่องดูดเสมหะ (Suction) พร้อมสายขนาดต่างๆ	- ปรอทวัดไข้ - เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (Gluco-meter) - เครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด

หน่วยกู้ชีพ	อุปกรณ์ที่ไม่พร้อมใช้งาน	อุปกรณ์ที่จำเป็นแต่ไม่มี
กู้ชีพตรวจ	- เฝือกดามคอชนิดแข็ง (Hard collar) ไม่น้อยกว่า ๓ ขนาด / ปรับเปลี่ยนขนาดได้	- ที่แขวนตัวเจ้าหน้าที่บริเวณเพดานสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) - ปรอทวัดไข้ - เครื่องวัดความดันโลหิต - Ambu bag - ลูกสูบยางแดง - อุปกรณ์ทำคลอด : ที่หนีบสายสะดือ - เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (Gluco-meter) - เครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด
กู้ชีพศรีสุข	- เครื่องดูดเสมหะ (Suction) พร้อมสายขนาดต่างๆ - Ambu bag	- ปรอทวัดไข้ - เครื่องวัดความดันโลหิต - Pocket mask - ลูกสูบยางแดง - อุปกรณ์ทำคลอด : ที่หนีบสายสะดือ - เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (Gluco-meter) - อุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น - เครื่องวัดค่าออกซิเจนในเลือด
กู้ชีพจุด รพ.ศรีณรงค์	- อุปกรณ์ความปลอดภัย : ไฟกระพริบ ๖ จุด	- Pocket mask - อุปกรณ์ทำคลอด : ที่หนีบสายสะดือ - เครื่องเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (Gluco-meter)

หมายเหตุ : งบการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละ อปท. ควรมีการจัดซื้ออุปกรณ์ป้องกันตนเอง สำหรับการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ถุงมือ, Mask , Face shield เป็นต้น

แบบสรุปความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ -๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีณรงค์ได้ทำการสำรวจความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีต่อโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ระหว่างวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ -๑๖.๓๐ น. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๕๖ ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามปลายปิด มีข้อคำถามให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ๕ ระดับ โดยกำหนดระดับคะแนนความพึงพอใจดังนี้

มากที่สุด = ๕ มาก = ๔ ปานกลาง = ๓ น้อย = ๒ น้อยที่สุด = ๑ คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งผลคะแนนทั้งหมดเป็น ๓ ช่วงโดยใช้หลักการทางสถิติ ได้แก่ พิสัย/จำนวนชั้น

= (คะแนน สูงสุด-คะแนนต่ำสุด) /๓ การแปลผลคะแนนมีดังนี้

คะแนน ๓.๖๘-๕ = มาก

๒.๓๔-๓.๖๗ = ปานกลาง

๑ -๒.๓๓ = น้อย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

<u>ส่วนที่ ๑</u> การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความพึงพอใจด้านกิจกรรม โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ ๑ ระดับความพึงพอใจด้านกิจกรรม

หัวข้อ	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
๑ หัวข้อบรรยายสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการประชุม/สัมมนา	๓.๙๘	๐.๗๑	มาก
๒ ความเหมาะสมของเวลาทั้งหมดของการประชุม/สัมมนา	๔.๒๐	๐.๗๒	มาก
๓ ความเหมาะสมเนื้อหาสาระในการอบรม/สัมมนา	๓.๙๖	๐.๖๙	มาก

จากตารางที่ ๑ พบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจด้านกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ ๒ การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความพึงพอใจด้านวิทยากร โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ ๒ ระดับความพึงพอใจด้านวิทยากร

หัวข้อ	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
๑. เทคนิคการนำเสนอของวิทยากร	๓.๙๒	๐.๖๖	มาก
๒. วิทยากรนำเสนอเนื้อหาสาระครบถ้วนและน่าสนใจ	๓.๙๘	๐.๗๓	มาก
๓. เอกสารประกอบการนำเสนอของวิทยากร	๓.๗๒	๐.๘๓	มาก
๔. การบริหารเวลาของวิทยากร	๔.๑๐	๐.๗๕	มาก
๕ ความพึงพอใจในวิทยากรโดยภาพรวม	๔.๐๖	๐.๗๐	มาก

จากตารางที่ ๒ พบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจด้านวิทยากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ ๓ การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความพึงพอใจด้านสถานที่/อาหาร โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ ๓ ระดับความพึงพอใจด้านสถานที่/อาหาร/การบริการ

หัวข้อ	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
๑. ห้องประชุม	๓.๘๘	๐.๗๑	มาก
๒. โสตทัศนูปกรณ์	๓.๗๖	๐.๗๖	มาก
๓. อาหารและเครื่องดื่ม	๔.๐๘	๐.๗๒	มาก
๔. การบริการ/อำนวยความสะดวกต่างๆของเจ้าหน้าที่	๓.๖๘	๐.๗๑	มาก
๕. ความพึงพอใจในการบริการโดยภาพรวม	๓.๗๖	๐.๗๑	มาก

จากตารางที่ ๓ พบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจด้านสถานที่/อาหาร/การบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ ๔ การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม/สัมมนา โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ ๔ ระดับความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม/สัมมนา

หัวข้อ	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
๑. ท่านได้รับประโยชน์จากการประชุม/สัมมนา	๓.๙๖	๐.๖๙	มาก
๒. ท่านคาดว่าจะนำความรู้ความเข้าใจ ทักษะที่ได้รับครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	๓.๙๔	๐.๗๓	มาก
๓. ท่านมีความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	๓.๘๖	๐.๖๙	มาก
๔. ระยะเวลาการอบรม/สัมมนา สอดคล้องกับเนื้อหาหลักสูตร	๓.๘๘	๐.๖๘	มาก

จากตารางที่ ๔ พบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม/สัมมนา โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ ๕. ข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นเพิ่มเติม

- อยากให้เพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรม จะได้รับความรู้มากขึ้น
- อยากให้มีการอบรมแบบนี้อย่างต่อเนื่อง

ประเมินผลโครงการจากทำการแบบทดสอบวัดความรู้

วัดผลจากการทำแบบทดสอบวัดความรู้ ก่อนอบรม – หลังอบรม จากผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน ๕๐ คน โดยแบบทดสอบจำนวน ๒๐ ข้อ คำถามเป็นเลือกตอบ ๔ คำตอบ ดังนี้

ตารางที่ ๕ ผลการวัดความรู้จากแบบสอบถาม

ประเมินผล	คะแนนรวม	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ
ก่อนอบรม	๕๖๒	๑๑.๒๔	๕๖.๒
หลังอบรม	๗๑๓	๑๔.๒๖	๗๑.๓

จากตารางที่ ๕ พบว่าหลังจากที่เข้ารับการอบรม ผู้เข้าร่วมมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ ๕๖.๒ เป็น ร้อยละ ๗๑.๓ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ ๗๐

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

(Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน/อบต.	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
				ภาคเช้า	ภาคบ่าย	
1	นาย บรรหา ชูการณ	VR ภูชัน	สื่อสารภูมิ	บรรหา	บรรหา	
2	น.ส. อำพร อินทร์เรือน	〃	〃	อำพร	อำพร	
3	ธัชพงศ วิษณา	VR อัมพวา	หนองแวง	ธัชพงศ์	ธัชพงศ์	
4	นาง อัจฉราภรณ์ หงษ์คำ	VR จิตร์	หนองแวง	อัจฉราภรณ์	หงษ์คำ	
5	นายธีรพัฒน์ เสียงเพราะ	VR ศรีณรงค์	VR	ธีรพัฒน์	ธีรพัฒน์	
6	นาย ณัฐวุฒิ ชูพูลเกษ	ศรีณรงค์ [illegible]	แดงหม้อ			
7	นาย ปิยะ ทองดี	ผู้ช่วย เสนหา	แดงหม้อ			
8	นาย สุรวุฒิ หงษ์ทอง	ภูชัย หนองหวาย	หนองหวาย			
9	นาย [illegible] แสงจันทร์	ภูชัย หนองหวาย	หนองแวง			
10	นาย ศุภณัฐ บาสรี	อบต. 393 ศรีณรงค์				
11	นาย หาญ บุญเทียม	ภูชัย สรวง	สรวง	หาญ	หาญ	
12	นายชัยวัฒน์ ปัญหาทึง	–	สรวง	เฉลยสูง	เฉลยสูง	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อข้างต้น ได้เข้ารับการอบรมจริง

วัฒนา

(นางสาววัฒนา บุญโก)

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

(Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน/อบต.	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
				ภาคเช้า	ภาคบ่าย	
13	นาย สง่า แซ่ฉ่น	พนักงานขับรถยนต์ อ.พ.	อบต. ศรีณรงค์	สง่า	สง่า	
14	นาย ดนัย นาดอน	อาสาภัยพิบัติ	อบต. ศรีณรงค์	ดนัย	ดนัย	
15	นาย สิทธา ภูมิพันธ์	อาสาภัยพิบัติ	อ.พ.ต. ศรีณรงค์	สิทธา	สิทธา	
16	นาย วัลลภา ทองอ่ำ	อาสาภัยพิบัติ	อ.บ.ต. หนองแก้ว	วัลลภา	วัลลภา	
17	นาย บุญรัตน์ พองเพชร	พนักงานขับรถกู้ชีพ	อ.บ.ต. ศรีณรงค์	บุญรัตน์	บุญรัตน์	
18	นาย ปฏิพัทธ์ ทองดำ	พร. อพง. ป้องกันฯ	อบต. ศรีณรงค์	ปฏิพัทธ์	ปฏิพัทธ์	
19	น.ส. อินทิตา เสนาะเสียง	อาสาสมัครฯ	จ่าอากาศชั้นยุทธศรีณรงค์	อินทิตา	อินทิตา	
20	นาย ธนากรินทร์ บุญหล้า	จ่าอากาศชั้นยุทธ	VR ศรีณรงค์	ธนากรินทร์	ธนากรินทร์	
21	น.ส. สายชล มณีพราว	อาสาภัยพิบัติ	VR ศรีณรงค์	สายชล	สายชล	
22	นาง พฤฒิ อิชาติ	อาสาภัยพิบัติ	VR ศรีณรงค์	พฤฒิ	พฤฒิ	
23	นาย วิทวัส ฟ้าแจ่ม	จ่าอากาศชั้นยุทธ	วิอาร์ ศรีณรงค์			
24	นาย สกิล จันทร์ขันธ์	กู้ชีพ ศรีณรงค์	อพ สพ.			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อข้างต้น ได้เข้ารับการอบรมอบรม

วิภานดา

(นางสาววิภานดา บุญโก)

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

(Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน/อบต.	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
				ภาคเช้า	ภาคบ่าย	
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นได้เข้ารับการอบรมจริง

วิภาดา

(นางสาววิภาดา บุญโก)

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

(Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน/อบต.	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
				ภาคเช้า	ภาคบ่าย	
37	นาย สมชัย พันธะอินทร	พ.ต.ท.ปลัดอำเภอ	ศรีณรงค์	สมชัย	สมชัย	
38	นาย สัมพร พุกนุสสา	กู้ชีพ	ตรวจ	สัมพร	สัมพร	
39	นาย เสถียร สุ่ยอ่วยพ	กู้ชีพ	ตรวจ	เสถียร	เสถียร	
40	น.ส. พรปวีณ์ ชัยวัฒน์	RN	OPD	พรปวีณ์	พรปวีณ์	
41	พ.อ.อ. อุทาทิพย์ ทาทอง	NA	~~AA~~ โรงพยาบาลศรีณรงค์	อุทาทิพย์	อุทาทิพย์	
42	น.ส. วิภาดา บุญโก	พ.อำนวยการปฏิบัติงาน	รพ.ศรีณรงค์	วิภาดา	วิภาดา	
43	น.ส. ดวงรัตน์ ศูนย์	RN	รพ.ศรีณรงค์			
44	พ.อ.อ. กนกกาญจน์ ศรีอนุตร	กู้ชีพ	ศรีสุข	กนกกาญจน์	กนกกาญจน์	
45	นาย ทองพูน บุญโชติ	กู้ชีพ	ศรีสุข	ทองพูน	ทองพูน	
46	นาย ทอง ทันทา	กู้ชีพ	อบต.ศรีณรงค์	ทอง	ทอง	
47	นาย สุพล ชัยเฉลิม	กู้ชีพ	อบต.ศรีณรงค์	สุพล	สุพล	
48	นาย วิโรจน์ พยชูรส	กู้ชีพ	อบต.ศรีณรงค์	วิโรจน์	วิโรจน์	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อข้างต้นได้เข้ารับการอบรมจริง

วิภาดา

(นางสาววิภาดา บุญโก)

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

(Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๒๐ น.

ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน/อบต.	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
				ภาคเช้า	ภาคบ่าย	
49	นาง อำพร ทองอ้ม	กู้ชีพ	อบต. ขอนแก่น	อำพร	อำพร	
50	นาย นัย ทอง	กู้ชีพ	อบต ขอนแก่น	นัย	นัย	
51	นางกรวรินทา [illegible]	กู้ชีพ	อบต ขอนแก่น	กรวรินทา	กรวรินทา	
52	นางสมศักดิ์ บุญประจำ	กู้ชีพ	หนองแวง	สมศักดิ์	สมศักดิ์	
53	นางสมศักดิ์ บุญแต้ม	กู้ชีพ	อบต. ตรอ	สมศักดิ์	สมศักดิ์	
54	นายสถาษดี อนงค์	กู้ชีพ	อบต. [illegible]	สถาษดี	สถาษดี	
55	นาย ปกรณ์ [illegible]	กู้ชีพ	อบต. [illegible]	ปกรณ์	ปกรณ์	
56	นายธีระชัย ปัญญาธิคต	กู้ชีพ	ว.ก. กู้ชีพ	ธีระชัย	ธีระชัย	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อข้างต้นได้เข้ารับการอบรมจริง

วิทนดา

(นางสาววิทนดา [illegible])

แบบใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลศรีณรงค์ (ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

วันที่ ๒๓ เดือน ธันวาคม พ.ศ ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นางเขมนิจ สมหงษ์ อยู่บ้านเลขที่ ๑๙๙ ถนน ..... หมู่ ๑๒

ตำบล ณรงค์ อำเภอ ศรีณรงค์ จังหวัด สุรินทร์ ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัด สุรินทร์

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	ส.ต.
- ค่าอาหารกลางวัน ๗๐ บาท x ๕๖ คน x ๑ มื้อ	๓,๙๒๐	
รวม(บาท)	๓,๙๒๐	

จำนวนเงิน สามพันเก้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน

ลงชื่อ เขมนิจ สมหงษ์ ผู้รับเงิน

(นาง เขมนิจ สมหงษ์)

ลงชื่อ วิภาดา ผู้จ่ายเงิน

(นางสาว วิภาดา บุญโก)

BORA-10.5-05-2561

ประเทศไทย
THAILAND

ME1-1273877-54

สำเนาถูกต้อง
เขมนิจ สมหงษ์

ศักนาคุณต์ลง

ถนอมศักดิ์

นาย ถนอมศักดิ์ พิเสม

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....
โครงการ/หลักสูตร/..อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ. ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ 2564...

วันที่ 23 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า...นางสาววิราวรรณ ปัดภัย...อยู่บ้านเลขที่ 14 ม. 12
ตำบล/แขวง...ผม...อำเภอ...สังขะ...จังหวัด...สุรินทร์
ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยายหัวข้อ เรื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน		
ณ อุทยานฯ (ฝึกปฏิบัติการ)		
ระหว่างเวลา น. จำนวน 1 ชั่วโมง ๆ 300 บาท		
เป็นเงิน	300	
รวม (บาท)	300	

จำนวนเงิน (...สามร้อยบาทถ้วน...) (ตัวอักษร)

ลงชื่อ...ศิกรณ์...ผู้รับเงิน
(...นายศิกรณ์ ปิกณ์น...)

ลงชื่อ...วิภานดา...ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาววิภานดา ยุทโก...)

หนังสือตอบรับการเป็นวิทยากร

เขียนที่โรงพยาบาลศรีณรงค์

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับวิทยากร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

อ้างถึง หนังสือ ที่ สร ๐๐๓๒.๓๐๔.๑๕/๔๗๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้ขอเชิญวิทยากรดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔" โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์ นั้น

ข้าพเจ้า ☑ ยินดีเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ ไม่สามารถไปเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ อื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พิราว

(นางสาวพิราวรรณ ปัดภัย)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สำเนาถูกต้อง

พิราวรรณ

(น.ส.พิราวรรณ ปัดภัย)

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....
โครงการ/หลักสูตร/..อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ. ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ 2564...

วันที่..23..เดือน..ธันวาคม..พ.ศ..2563

ข้าพเจ้า..นางสาว อมรรัตน์ บุญรุ่ง..อยู่บ้านเลขที่..101 ม.10..
ตำบล/แขวง..บ้านผือ..อำเภอ..ตระพรม..จังหวัด..สุรินทร์..
ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยายหัวข้อ เรื่อง		
-กลุ่มโรคฉุกเฉิน 3 S (Stroke ,STEMI ,Sepsis) ,การช่วยฟื้นคืนชีพ	600	
และการใช้ AED, การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ		
-การช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้ AED (ฝึกปฏิบัติการ)	300	
ระหว่างเวลา น. จำนวน 3 ชั่วโมง ๆ 300 บาท		
เป็นเงิน	900	
รวม (บาท)	900	

จำนวนเงิน (..เก้าร้อยบาทถ้วน..) (ตัวอักษร)

ลงชื่อ..อมรรัตน์..ผู้รับเงิน
(..น.ส.อมรรัตน์ บุญรุ่ง..)

ลงชื่อ..วิภนดา..ผู้จ่ายเงิน
(..นางสาววิภนดา บุญโก..)

หนังสือตอบรับการเป็นวิทยากร

เขียนที่โรงพยาบาลศรีณรงค์

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับวิทยากร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

อ้างถึง หนังสือ ที่ สร ๐๐๓๒.๓๐๔.๑๕/๔๗๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้ขอเชิญวิทยากรดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔" โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์ นั้น

ข้าพเจ้า ☑ ยินดีเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ ไม่สามารถไปเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ อื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

อมรรัตน์

(นางสาวอมรรัตน์ บุญยง)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 1 3204 00094 66 1
ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. อมรรัตน์ บุญยง
Name Miss Amonrat
Last name Boonyong
เกิดวันที่ 9 พ.ค. 2536
Date of Birth 9 May 1993
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 101 หมู่ที่ 10 ต.บ้านผือ อ.จอมพระ
จ.สุรินทร์
13 มิ.ย. 2558
วันออกบัตร
13 Jun. 2015
Date of Issue
(นายณัฐฎา บุญราช)
เจ้าพนักงานออกบัตร
8 พ.ค. 2567
วันบัตรหมดอายุ
8 May 2024
Date of Expiry
3299-03-06131019

สำเนาถูกต้อง
อมรรัตน์
(น.ส.อมรรัตน์ บุญยง)

BORA-8.3-01
ประเทศไทย
THAILAND
JT2-0899962-48

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....

โครงการ/หลักสูตร/..อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ. ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ 2564...

วันที่ 23 เดือน ธันวาคม พ.ศ 2563

ข้าพเจ้า นางสาว อังคณา สุขประเสริฐ อยู่บ้านเลขที่ 2/1 ม.2

ตำบล/แขวง ศรีณรงค์ อำเภอ ศรีณรงค์ จังหวัด สุรินทร์

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ		จำนวนเงิน	
ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยายหัวข้อ เรื่อง การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุด		300	
เกิดเหตุ (ฝึกปฏิบัติการ)			
ระหว่างเวลา	น. จำนวน 1 ชั่วโมง ๆ 300 บาท		
	เป็นเงิน	300	
	รวม (บาท)	300	

จำนวนเงิน (สามร้อยบาทถ้วน) (ตัวอักษร)

ลงชื่อ อังคณา ผู้รับเงิน

(น.ส.อังคณา สุขประเสริฐ)

ลงชื่อ วิภานดา ผู้จ่ายเงิน

(นางสาววิภานดา บุญโก)

หนังสือตอบรับการเป็นวิทยากร

เขียนที่โรงพยาบาลศรีณรงค์

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับวิทยากร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

อ้างถึง หนังสือ ที่ สร ๐๐๓๒.๓๐๔.๑๕/๔๗๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้ขอเชิญวิทยากรดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔" โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์ นั้น

ข้าพเจ้า ☑ ยินดีเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ ไม่สามารถไปเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ อื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

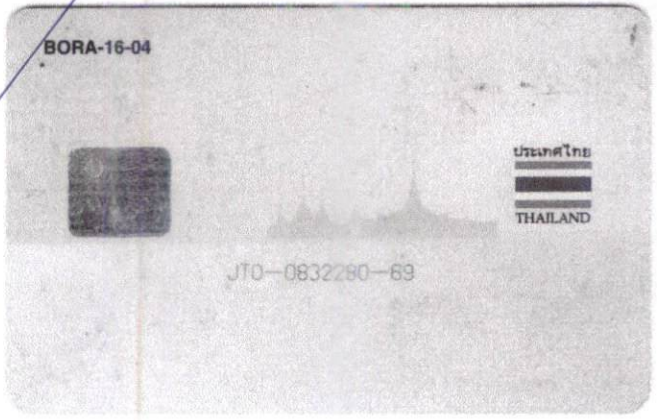
ขอแสดงความนับถือ

อังคณา

(นางสาวอังคณา สุขประเสริฐ)

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

สำเนาถูกต้อง
อังคณา
(น.ส.อังคณา สุขประเสริฐ)



ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....

โครงการ/หลักสูตร/..อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ. ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ 2564...

วันที่ 23 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า นางสาวศิริลักษณ์ แพงงาม อยู่บ้านเลขที่ 33 ม.3

ตำบล/แขวง ธาตุ อำเภอ รัตนบุรี จังหวัด สุรินทร์

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ		จำนวนเงิน	
ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยายหัวข้อ เรื่อง อุบัติเหตุหมู่ (ฝึกปฏิบัติการ)			
ระหว่างเวลา	น. จำนวน 1 ชั่วโมง ๆ 300 บาท		
	เป็นเงิน	300	
	รวม (บาท)	300	

จำนวนเงิน (สามร้อยบาทถ้วน) (ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(น.ส. ศิริลักษณ์ แพงงาม)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาววิภาดา บุญโก)

หนังสือตอบรับการเป็นวิทยากร

เขียนที่โรงพยาบาลศรีณรงค์

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับวิทยากร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

อ้างถึง หนังสือ ที่ สร ๐๐๓๒.๓๐๔.๑๕/๔๗๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้ขอเชิญวิทยากรดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔" โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์ นั้น

ข้าพเจ้า ☑ ยินดีเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ ไม่สามารถไปเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ อื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

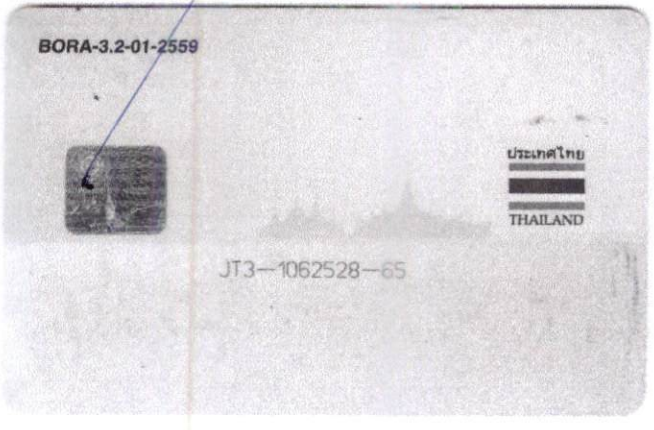
ขอแสดงความนับถือ

ศิริลักษณ์

(นางสาวศิริลักษณ์ แพงงาม)

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน
Identification Number 1 3207 00298 48 2
ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ศิริลักษณ์ แพงงาม
Name Miss Sirilak
Last name Paeng-ngam
เกิดวันที่ 25 พ.ย. 2541
Date of Birth 25 Nov. 1998
ศาสนา พุทธ
ที่อยู่ 33 หมู่ที่ 3 ต.ธาตุ อ.รัตนบุรี
จ.สุรินทร์
23 ก.ย. 2559
วันออกบัตร
23 Sep. 2016
Date of Issue
(ลาชิตต บุญญะโสภัต)
เจ้าพนักงานออกบัตร
24 พ.ย. 2567
วันบัตรหมดอายุ
24 Nov. 2024
Date of Expiry
3207-02-09231428


BORA-3.2-01-2559
ประเทศไทย
THAILAND
JT3-1062528-65

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....

โครงการ/หลักสูตร/..อบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ. ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ 2564...

วันที่ 23 เดือน ธันวาคม พ.ศ 2563

ข้าพเจ้า นางสาว วิทนดา บุญโก อยู่บ้านเลขที่ 57/1 ม. 14

ตำบล/แขวง สังข์ อำเภอ สังข์ จังหวัด สุรินทร์

ได้รับเงินจาก .....โรงพยาบาลศรีณรงค์.....ดังรายการต่อไปนี้

รายการ		จำนวนเงิน	
ค่าสมนาคุณวิทยากรบรรยายหัวข้อ เรื่อง การปฐมพยาบาล (สำหรับผู้บาดเจ็บ)			
ระหว่างเวลา	น. จำนวน 1 ชั่วโมง ๆ 300 บาท		
	เป็นเงิน	300	
	รวม (บาท)	300	

จำนวนเงิน (สามร้อยบาทถ้วน) (ตัวอักษร)

ลงชื่อ วิทนดา ผู้รับเงิน

(นางสาววิทนดา บุญโก)

ลงชื่อ วิทนดา ผู้จ่ายเงิน

(นางสาววิทนดา บุญโก)

หนังสือตอบรับการเป็นวิทยากร

เขียนที่โรงพยาบาลศรีณรงค์

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับวิทยากร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีณรงค์

อ้างถึง หนังสือ ที่ สร ๐๐๓๒.๓๐๔.๑๕/๔๗๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้ขอเชิญวิทยากรดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูความรู้ และทักษะสำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Responder : EMR) คปสอ.ศรีณรงค์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔" โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมแสนสำราญ โรงพยาบาลศรีณรงค์ นั้น

ข้าพเจ้า ☑ ยินดีเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ ไม่สามารถไปเป็นวิทยากรตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้

☐ อื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

วิกานดา

(นางสาววิกานดา บุญโก)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

สำเนาถูกต้อง

วิกานดา

(นางสาววิกานดา บุญโก)