

ด่วนที่สุด

ที่ ลป ๐๐๓๓.๐๑๐/ว ๓๕๐



กองสาธารณสุข
เลขรับ: 582
วันที่รับ: 23/4/2569
เวลารับ: 14:42

สารบรรณกลาง อบจ.ลพบุรี
เลขรับ: 1993
วันที่รับ: 23/4/2569
เวลารับ: 13:21

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ถนนพหลโยธิน ลป ๑๕๐๐๐

๒๑ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การเลือกกันเองในระดับเขตสุขภาพเพื่อเป็นกรรมการผู้แทน
ในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในสมัยวาระ
พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๒

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ด่วนที่สุด ที่ สพฉ ๐๙/ว ๐๑๓๐๐
ลงวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ที่มาจากการเลือกกันเองในส่วนของ
ผู้แทนสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลของเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน
ที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคล จะครบวาระ
การดำรงตำแหน่ง ในวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ซึ่งคณะกรรมการอำนวยการกลางและคณะกรรมการ
ดำเนินการเลือกกรรมการเขตสุขภาพ จะได้จัดให้มีการเลือกกันเองเพื่อเป็นกรรมการในคณะกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉินโดยเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกหรือ
แต่งตั้งกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่าน เพื่อประชาสัมพันธ์ประกาศ
คณะกรรมการอำนวยการกลาง เรื่อง การเลือกกันเองในระดับเขตสุขภาพเพื่อเป็นกรรมการผู้แทน
ในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในสมัยวาระ
พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ประชาสัมพันธ์ฯ ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางศศิธร ศรีแก้ว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

โทร. ๐ ๓๖๖๘ ๙๖๘๕ - ๖ ต่อ ๒๒๒



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา
สาธารณสุข ซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์ ๐-๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐-๒๘๗๒ ๑๖๐๔ เว็บไซต์: www.niems.go.th

| |
|--------------------------------|
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี |
| เลขที่รับ..... ๓๕๖๕ |
| วันที่..... ๑๖ เม.ย. ๒๕๖๙ |
| เวลา..... ๑๔:๑๕ น. |
| ปี..... ๒๕๖๙ |

ด่วนที่สุด
ที่ สพฉ ๐๙/ว ๐๑๓๐๐

| |
|---------------------------|
| ควบคุมโรคติดต่อ |
| เลขที่รับ..... ๒๙๘ |
| วันที่..... ๑๖ เม.ย. ๒๕๖๙ |
| เวลา..... ๑๔:๒๒ น. |

๑๐ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การเลือกกันเองในระดับเขตสุขภาพเพื่อเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ในสมัยวาระ พ.ศ.๒๕๖๙ - ๒๕๗๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศคณะกรรมการอำนวยการเรื่อง การเลือกกันเองในระดับเขตสุขภาพเพื่อเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ในสมัยวาระ พ.ศ.๒๕๖๙ - ๒๕๗๒ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ที่มาจากการเลือกกันเองในส่วนของผู้แทนสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลของเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและองค์กรวิชาชีพด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคล จะครบวาระการดำรงตำแหน่ง ในวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ซึ่งคณะกรรมการอำนวยการกลางและคณะกรรมการดำเนินการเลือกกรรมการเขตสุขภาพจะได้จัดให้มีการเลือกกันเองเพื่อเป็นกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเป็นไปตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๒

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอำนวยการกลางขอเรียนว่า เพื่อให้เกิดการรับรู้ในการเสนอชื่อผู้แทนเข้ารับการเลือกกันเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างแพร่หลาย จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านเพื่อประชาสัมพันธ์ประกาศคณะกรรมการอำนวยการกลาง เรื่อง การเลือกกันเองในระดับเขตสุขภาพเพื่อเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ในสมัยวาระ พ.ศ.๒๕๖๙ - ๒๕๗๒ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณในความอนุเคราะห์มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิเชษฐ์ หนองช้าง)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
เลขานุการคณะกรรมการอำนวยการกลาง

สำนักกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน
โทร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ ต่อ ๗๓๐

20/4/2569
16 เมษายน 2569

ผู้ประสานงาน นายภราดร นิมมูช (๐๘๑ ๘๓๕ ๑๖๖๙) และนายพิริยะ อนุรักษ์ากรกุล (๐๘๐ ๐๖๕ ๐๖๖๙)



ประกาศคณะกรรมการอำนวยการกลาง

เรื่อง การเลือกกันเองในระดับเขตสุขภาพเพื่อเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในสมัยวาระ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๒

ด้วยกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมาจากการเลือกกันเองตามมาตรา ๕ (๕) (๖) และ (๗)
แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ จะครบวาระการดำรงตำแหน่งในวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๙

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และข้อ
๙ (๑) แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับมติคณะกรรมการอำนวยการกลาง ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒ เมษายน
๒๕๖๙ คณะกรรมการอำนวยการกลาง จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ หน่วยงานหรือองค์กรที่มีสิทธิเสนอชื่อผู้แทนของตนเข้ารับการเลือกกันเอง

(๑) สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลของเอกชน ที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตสุขภาพ
ของกระทรวงสาธารณสุขดังต่อไปนี้มีสิทธิเสนอชื่อผู้แทนของตนแห่งละไม่เกินหนึ่งคน

ก. สถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ สถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และหน่วยงานในกำกับของรัฐ

ข. สถานพยาบาลของเอกชน ได้แก่ สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ
สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานพยาบาลสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลอื่นซึ่งดำเนินการ
โดยหน่วยงานภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นอันไม่ใช่สถานพยาบาลของรัฐตาม ก.

(๒) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละประเภทที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตสุขภาพของกระทรวง
สาธารณสุข ดังต่อไปนี้

ก. องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข. เทศบาล

ค. องค์การบริหารส่วนตำบล

ง. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิเศษ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา

โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภทข้างต้น มีสิทธิเสนอชื่อผู้แทนของตน
แห่งละไม่เกินหนึ่งคน

(๓) องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึง
สถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคล ซึ่งจดทะเบียนนิติบุคคลหรือมีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพ
ของกระทรวงสาธารณสุขแต่ละแห่งมีสิทธิเสนอชื่อผู้แทนของตนแห่งละไม่เกินหนึ่งคน โดยจะต้องมีคุณลักษณะ
อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

ก. ผู้บริหารขององค์กรภาคเอกชนซึ่งมีอำนาจลงลายมือชื่อผูกพันนิติบุคคลหรือ

ข. กรรมการบริหารองค์กรภาคเอกชนหรือ

ค. สมาชิกขององค์กรภาคเอกชนซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับประกาศนียบัตรตามที่กฎหมาย
ว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด และประกาศนียบัตรที่ได้รับยังไม่หมดอายุ

ทั้งนี้ บุคคลตามข้อ ข. ข้อ ค. จะต้องได้รับการมอบหมายเป็นหนังสือจากผู้บริหาร
ขององค์กรภาคเอกชนที่ตนสังกัดอยู่

ข้อ ๒ ผู้ได้รับการเสนอชื่อดังกล่าวในข้อ ๑ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) อายุไม่ต่ำกว่า ๓๕ ปีบริบูรณ์และไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์

(๓) ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๔) ไม่ดำรงตำแหน่งกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินสองวาระติดต่อกัน

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการดำเนินการเลือกกรรมการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ แจ้งให้สถานพยาบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน แต่ละแห่งที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพ พิจารณาเสนอชื่อผู้แทนตามแบบ วิธีการ และภายในเวลาที่กำหนด

ข้อ ๔ เมื่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอำนวยการกลางได้รับหนังสือหรือข้อมูลและเอกสารประกอบการเสนอชื่อแล้ว จะตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น แล้วจะประกาศรายชื่อผู้แทน ชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่เสนอชื่อผู้แทน วัน เวลา และสถานที่การประชุมของแต่ละเขตสุขภาพ โดยประกาศทางหน้าเว็บไซต์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ลิงค์ <https://www.niems.go.th>)

ข้อ ๕ คณะกรรมการดำเนินการเลือกกรรมการของแต่ละเขตสุขภาพ จะให้มีการประชุมเลือกกันเองของผู้แทนกลุ่มตามรายชื่อในข้อ ๔ (ผู้ที่ไม่มีรายชื่อในประกาศจะไม่มีสิทธิเข้าประชุมเลือกกันเอง) เพื่อให้ได้ผู้แทนสถานพยาบาลของรัฐเขตสุขภาพละไม่เกินหนึ่งคน ผู้แทนสถานพยาบาลของเอกชนเขตสุขภาพละไม่เกินหนึ่งคน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตสุขภาพละสามคนหรือสี่คน (ตามประเภทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพประเภทละไม่เกินหนึ่งคน เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัดไม่เกินหนึ่งคน เทศบาลไม่เกินหนึ่งคน และองค์การบริหารส่วนตำบลไม่เกินหนึ่งคน ยกเว้นกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยาถือว่าเป็นผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิเศษในเขตสุขภาพนั้นโดยมิต้องดำเนินการเลือกกันเอง) และผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลเขตสุขภาพละไม่เกินสองคน

ข้อ ๖ ในการเลือกกันเองเพื่อให้ได้ผู้แทนกลุ่มระดับเขตสุขภาพตามข้อ ๕ ให้คณะกรรมการดำเนินการเลือกกรรมการแต่ละเขตสุขภาพดำเนินการ ดังนี้

(๑) กรณีที่มีผู้ได้รับการเสนอชื่อในเขตสุขภาพ ไม่เกินหรือเท่ากับจำนวนผู้แทนกลุ่มในระดับเขตสุขภาพ ให้ถือว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้แทนกลุ่มในเขตสุขภาพนั้น ได้แก่

ก. มีผู้แทนสถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนได้รับการเสนอชื่อในเขตสุขภาพประเภทละหนึ่งคน

ข. มีผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการเสนอชื่อในเขตสุขภาพประเภทละหนึ่งคน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวนหนึ่งคน เทศบาลจำนวนหนึ่งคน องค์การบริหารส่วนตำบลจำนวนหนึ่งคน ยกเว้นกรณีเขตสุขภาพที่ ๖ จะมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพิเศษ (เมืองพัทยา) เพิ่มอีกจำนวนหนึ่งคน และกรณีเขตสุขภาพที่ ๑๓ จะมีเพียงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพิเศษ (กรุงเทพมหานคร) จำนวนหนึ่งคน

ค. มีผู้แทนขององค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลได้รับการเสนอชื่อในเขตสุขภาพจำนวน ๒ คน

(๒) ในกรณีที่เขตสุขภาพใดไม่มีผู้ได้รับการเสนอชื่อ ให้เลขานุการแจ้งต่อคณะกรรมการอำนวยการกลาง และให้ถือว่าเขตสุขภาพนั้นไม่มีผู้ได้รับเลือก

(๓) ในกรณีที่มีผู้เสนอชื่อผู้แทนกลุ่มในเขตสุขภาพแต่ละกลุ่มเกินกว่าจำนวนใน (๑) ให้ดำเนินการด้วยวิธีการเลือกกันเอง ดังต่อไปนี้

ก. ให้ประธานคณะกรรมการดำเนินการเลือกกรรมการเขตสุขภาพ ดำเนินการการประชุมและเลือกกันเอง โดยให้เฉพาะผู้ที่แสดงตน ณ สถานที่ประชุมและเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา ที่คณะกรรมการดำเนินการเลือกกรรมการเขตสุขภาพกำหนด เป็นผู้มีสิทธิได้รับการเสนอชื่อและมีสิทธิลงคะแนนเสียง

ข. วิธีการลงคะแนนให้เป็นไปตามที่ที่ประชุมตกลงกัน

ค. ในกรณีที่คะแนนเสียงเท่ากัน ให้ลงคะแนนใหม่เฉพาะผู้ที่มีคะแนนสูงสุดเท่ากัน หากยังไม่มีผู้ได้รับคะแนนสูงสุดให้ใช้วิธีจับสลาก

เมื่อดำเนินการแล้วเสร็จให้คณะกรรมการดำเนินการเลือกกรรมการ เขตสุขภาพที่ ๑-๑๓ ส่งรายชื่อผู้ได้รับการเลือกระดับเขตให้คณะกรรมการอำนวยการกลาง

ข้อ ๗ คณะกรรมการอำนวยการกลางจะประกาศรายชื่อผู้แทนกลุ่มสถานพยาบาลของรัฐ ผู้แทนกลุ่มสถานพยาบาลของเอกชน ผู้แทนกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้แทนกลุ่มองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลตามที่ได้รับเลือกตามข้อ ๖ แล้วจัดให้มีการประชุมเพื่อเลือกกันเองระดับประเทศ ณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อเป็นกรรมการผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กรตามมาตรา ๕ (๕) (๖) และ (๗) แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยในการลงคะแนนเลือกกันเองในระดับประเทศ คณะกรรมการอำนวยการกลางจะประกาศวัน เวลา และวิธีการเลือกกันเองให้ทราบต่อไป

ในการประชุมเลือกกันเองระดับประเทศ ผู้ได้รับการเลือกเป็นอันดับ ๑ หรือ ๒ แล้วแต่กรณีจะเป็นกรรมการในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน สมัยวาระ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๒ (ตั้งแต่วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๙ - ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๗๒) โดยให้ขึ้นบัญชีรายชื่อตามประเภทของผู้ไม่ได้รับการเลือกไว้ และมีระยะเวลาการขึ้นบัญชีเท่ากับวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการที่ได้รับการเลือก

ข้อ ๘ หน่วยงานหรือองค์กรตามข้อ ๑ ที่สนใจเสนอชื่อผู้แทน ให้ส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนและเอกสารประกอบการเสนอชื่อตามแบบ วิธีการ และภายในเวลาที่กำหนด ดังนี้

(๑) กรอกข้อมูลตามหนังสือเสนอชื่อผู้แทนและเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ โดยสามารถดาวน์โหลดหนังสือเสนอชื่อผู้แทนและเอกสารได้ทางหน้าเว็บไซต์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ลิงค์ <https://www.niems.go.th>)

(๒) ให้ส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนและเอกสารประกอบการเสนอชื่อมาที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอำนวยการกลาง เฉพาะทาง E-Mail : legal@niems.go.th โดยส่งได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๗.๐๐ น. หากส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อเกินกว่าเวลาที่กำหนด หรือส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อหรือกรอกข้อมูลในหนังสือหรือเอกสารดังกล่าวไม่ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนด จะไม่ได้รับการประกาศรายชื่อ

หน่วยงานหรือองค์กรที่เสนอชื่อผู้แทนจะต้องรับรองคุณสมบัติของบุคคลดังกล่าวและผู้แทนนั้น ต้องให้ความยินยอมให้คณะกรรมการอำนวยการกลาง โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ในกระบวนการเลือกกันเองเพื่อเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การพิสูจน์และระบุตัวตน ตรวจสอบประวัติอาชญากรรม ข้อมูลการติดต่อ เป็นต้น และในการตรวจสอบคุณสมบัติ กรณีพบว่าผู้ได้รับการเสนอชื่อเป็นผู้แทนหน่วยงานหรือองค์กร

มากกว่าหนึ่งหน่วยงานหรือองค์กร ให้ผู้ได้รับการเสนอชื่อนั้นมีสิทธิเลือกเป็นผู้แทนของหน่วยงานหรือองค์กรเดียว และหากต่อมาตรวจพบว่าคุณสมบัติไม่ครบถ้วน หรือส่งข้อมูลเอกสารอันเป็นเท็จ คณะกรรมการอำนวยการกลาง มีสิทธิที่จะพิจารณายกเลิกหรือเพิกถอนรายชื่อดังกล่าวได้

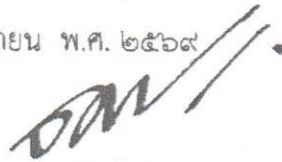
ทั้งนี้ กำหนดเวลาหรือสถานที่หรือวิธีการประชุม หากมีความจำเป็นอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะประกาศล่วงหน้าทางหน้าเว็บไซต์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ลิงค์ <https://www.niems.go.th>)

หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่สำนักกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอำนวยการกลาง โทร ๐๘๑ ๘๓๕ ๑๖๖๙ (นายภราดร นิมนุช) ๐๙๒ ๔๐๗ ๑๖๖๙

(นางสาวกัญธิกา เปลยพลอย) หรือทาง E-Mail : legal@niems.go.th

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายวิรุฒิ อิมสำราญ)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการอำนวยการกลาง

หนังสือเสนอชื่อผู้แทนเพื่อเข้ารับการเลือกตนเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
ระหว่างวันที่ ๑๔ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙
ประเภทสถานพยาบาลของรัฐ ในเขตสุขภาพที่.....

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง^(๑) _____

ชื่อสถานพยาบาลของรัฐ _____

ตั้งอยู่ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____

อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____ ID : line _____

ขอเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว _____

ตำแหน่ง _____ ปฏิบัติงานที่^(๒) _____ ที่อยู่ เลขที่ _____

หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____

อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail : _____

เป็นผู้แทนสถานพยาบาลของรัฐเพื่อเข้ารับการเลือกตนเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประเภทผู้แทนสถานพยาบาลของรัฐ

โดยขอส่งเอกสารประกอบการเสนอชื่อ^(๓) จำนวน _____ ฉบับ ดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้าน
ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือยินยอมในการตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล (ประวัติอาชญากรรม) ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า _____ ผู้ได้รับการเสนอชื่อ มีคุณสมบัติและ
ไม่มีลักษณะต้องห้ามในการเลือกตนเองเป็นกรรมการใน กพฉ.

ลงชื่อ _____

(_____)

^(๑)ตำแหน่ง _____

หมายเหตุ : (๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย

(๒) เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในเขตสุขภาพนั้น ซึ่งมีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า ๓๕ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์
แห่งละ ๑ คน

(๓) ให้ส่งเอกสารประกอบมาพร้อมกับหนังสือเสนอชื่อผู้แทน

(๔) ให้ส่งหนังสือเสนอชื่อตั้งแต่วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๗.๐๐ น. ทาง E-Mail :

Legal@niems.go.th หากส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อเกินกว่าเวลาที่กำหนด หรือส่ง
หนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อหรือกรอกข้อมูลในหนังสือหรือเอกสารดังกล่าวไม่
ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนด จะไม่ได้รับการประกาศรายชื่อ

หนังสือเสนอชื่อผู้แทนเพื่อเข้ารับการเลือกตนเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
ระหว่างวันที่ ๑๔ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙
ประเภทสถานพยาบาลของเอกชน ในเขตสุขภาพที่.....

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง^(๑) _____

ชื่อสถานพยาบาลของเอกชน _____

ตั้งอยู่ _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____ ID : line _____

ขอเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว _____

ตำแหน่ง _____ ปฏิบัติงานที่^(๒) _____

ที่อยู่ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ E-mail : _____

เป็นผู้แทนสถานพยาบาลของเอกชนเพื่อเข้ารับการเลือกตนเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประเภทผู้แทน
สถานพยาบาลของเอกชน

โดยขอส่งเอกสารประกอบการเสนอชื่อ^(๓) จำนวน _____ ฉบับ ดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับการเสนอชื่อ พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง

ใบอนุญาตให้จัดตั้งสถานพยาบาล (เฉพาะสถานพยาบาลของเอกชน) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือยินยอมในการตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล (ประวัติอาชญากรรม) ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า _____ ผู้ได้รับการเสนอชื่อ มีคุณสมบัติและ
ไม่มีลักษณะต้องห้ามในการเลือกตนเองเป็นกรรมการใน กพฉ.

ลงชื่อ _____

(_____)

^(๑)ตำแหน่ง _____

หมายเหตุ : (๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลหรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย

(๒) เป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตสุขภาพนั้น ซึ่งมีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า ๓๕ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์
แห่งละ ๑ คน

(๓) ให้ส่งเอกสารประกอบมาพร้อมกับหนังสือเสนอชื่อผู้แทน

(๔) ให้ส่งหนังสือเสนอชื่อตั้งแต่วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๗.๐๐ น. ทาง E-Mail :

Legal@niems.go.th หากส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อเกินกว่าเวลาที่กำหนด หรือส่ง
หนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อหรือกรอกข้อมูลในหนังสือหรือเอกสารดังกล่าวไม่
ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนด จะไม่ได้รับการประกาศรายชื่อ

หนังสือเสนอชื่อผู้แทนเพื่อเข้ารับการเลือกกันเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
ระหว่างวันที่ ๑๔ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙
ประเภทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตสุขภาพที่.....

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง^(๑) _____

ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น _____

ตั้งอยู่ _____ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____ ID : line _____

ขอเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว _____

ตำแหน่ง _____ ปฏิบัติงานที่^(๒) _____

ที่อยู่ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

E-mail : _____ เป็นผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเข้ารับการเลือก
กันเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประเภทผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยขอส่งเอกสารประกอบการเสนอชื่อ^(๓) จำนวน _____ ฉบับ ดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้าน
ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือยินยอมในการตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล (ประวัติอาชญากรรม) ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า _____ ผู้ได้รับการเสนอชื่อ มีคุณสมบัติและ
ไม่มีลักษณะต้องห้ามในการเลือกกันเองเป็นกรรมการใน กพฉ.

ลงชื่อ _____

(_____)

^(๑)ตำแหน่ง _____

หมายเหตุ : (๑) ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. หรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย

(๒) เป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตสุขภาพนั้น ซึ่งมีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า ๓๕ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์
แห่งละ ๑ คน

(๓) ให้ส่งเอกสารประกอบมาพร้อมกับหนังสือเสนอชื่อผู้แทน

(๔) ให้ส่งหนังสือเสนอชื่อตั้งแต่วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๗.๐๐ น. ทาง E-Mail :

Legal@niems.go.th หากส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อเกินกว่าเวลาที่กำหนด หรือส่ง
หนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อหรือกรอกข้อมูลในหนังสือหรือเอกสารดังกล่าวไม่
ครบถ้วนภายในเวลาที่กำหนด จะไม่ได้รับการประกาศรายชื่อ

หนังสือเสนอชื่อผู้แทนเพื่อเข้ารับการเลือกตนเองเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
ระหว่างวันที่ ๑๔ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙

ประเภทองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาล
ที่เป็นนิติบุคคล ในเขตสุขภาพที่.....

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง^(๑) _____

ชื่อองค์กรภาคเอกชน _____

จังหวัดที่จดทะเบียน _____ ตั้งอยู่ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____

ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

โทรสาร _____ E-mail : _____ ID : line _____

ขอเสนอชื่อ นาย/นาง/นางสาว _____ ตำแหน่ง _____

ปฏิบัติงานที่^(๒) _____ ที่อยู่ เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____

ถนน _____ ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

E-mail : _____ เป็นผู้แทนองค์กรภาคเอกชนฯ เพื่อเข้ารับการเลือกตนเองเป็น

กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประเภทผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์
ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคล โดยผู้แทนข้างต้นเป็น (เลือก ๑ ข้อ)

- ผู้บริหารขององค์กรซึ่งมีอำนาจลงลายมือชื่อผูกพันนิติบุคคล
- กรรมการบริหารองค์กร
- สมาชิกขององค์กรซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับประกาศนียบัตรตามที่กฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

กำหนดและประกาศนียบัตรที่ได้รับยังไม่หมดอายุ

โดยขอส่งเอกสารประกอบการเสนอชื่อ^(๓) จำนวน _____ ฉบับ ดังต่อไปนี้

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ได้รับการเสนอชื่อ พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง

- หลักฐานการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล
- หนังสือยินยอมในการตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล (ประวัติอาชญากรรม) ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ
- หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า _____ ผู้ได้รับการเสนอชื่อ มีคุณสมบัติและ
ไม่มีลักษณะต้องห้ามในการเลือกตนเองเป็นกรรมการใน กพฉ.

ลงชื่อ _____

(_____)

^(๑)ตำแหน่ง _____

หมายเหตุ : (๑) ผู้บริหารขององค์กรซึ่งมีอำนาจลงลายมือชื่อผูกพันนิติบุคคล หรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย

(๒) เป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตสุขภาพนั้น ซึ่งมีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า ๓๕ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์
แห่งละ ๑ คน

(๓) ให้ส่งเอกสารประกอบมาพร้อมกับหนังสือเสนอชื่อผู้แทน

(๔) ให้ส่งหนังสือเสนอชื่อตั้งแต่วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๗.๐๐ น. ทาง E-Mail :

Legal@niems.go.th หากส่งหนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อเกินกว่าเวลาที่กำหนด หรือส่ง
หนังสือเสนอชื่อผู้แทนหรือเอกสารประกอบการเสนอชื่อหรือกรอกข้อมูลในหนังสือหรือเอกสารดังกล่าวไม่ครบถ้วน
ภายในเวลาที่กำหนด จะไม่ได้รับการประกาศรายชื่อ

หนังสือยินยอมในการตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับการเสนอชื่อ
(ประวัติอาชญากรรม)

เขียน

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้บังคับการกองทะเบียนประวัติอาชญากรรม

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โทรศัพท์..... email

โดยหนังสือนี้

๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สผจ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ข้าพเจ้าอนุญาตให้มีสิทธิเข้าตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคล (ประวัติอาชญากรรม) ของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ในการ เข้าร่วมสมัครเพื่อคัดเลือกเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. ข้าพเจ้ายินยอมให้กองทะเบียนประวัติอาชญากรรมสำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือเจ้าหน้าที่ ตรวจสอบประวัติ ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลประวัติอาชญากรรมของข้าพเจ้า เพื่อใช้ขอตามอำนาจหน้าที่ของกองทะเบียนประวัติอาชญากรรมสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่ข้าพเจ้าใช้ดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องได้ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้อง ร้องเรียนหรือฟ้องร้องทั้งในความผิดทางแพ่ง ทางอาญาและทางปกครอง

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในหนังสือยินยอมฉบับนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ณ วัน เดือน ปี ที่ระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)



หนังสือให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ได้รับการเสนอชื่อ

ข้าพเจ้า ซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
ตกลงยินยอมให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ต่อบนในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า "สพฉ."
เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ภายใต้วัตถุประสงค์และเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล หมายความว่า ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ ไม่ว่า
ทางตรงหรือทางอ้อม แต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรม โดยเฉพาะ สพฉ. มีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูล
ส่วนบุคคล เช่น ชื่อ-สกุล ชื่อเล่น รูปถ่าย ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อีเมล (E-mail) หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
วัน เดือน ปี เกิด วุฒิการศึกษา ประวัติการทำงาน ข้อมูลสถานภาพ สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา หรือเอกสารอื่นใด
เพื่อเป็นหลักฐาน ประกอบข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว เป็นต้น

๒. การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในกระบวนการ
เลือกกันเองเพื่อเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินตาม พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน
พ.ศ. ๒๕๕๑ สมัยวาระ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๒ เช่น การพิสูจน์และระบุตัวตน ตรวจสอบประวัติอาชญากรรม
ข้อมูลการติดต่อ เป็นต้น ตลอดจนหากท่านได้รับการเลือกกันเองเพื่อเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉินฯ สพฉ. อาจเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลหรือเอกสารอื่นใด ๆ เพื่อเป็นหลักฐานประกอบข้อมูล
ส่วนบุคคลเพิ่มเติม เพื่อใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับ การจัดทำข้อมูลทะเบียนประวัติกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓. ข้าพเจ้ายินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการดำเนินงานตาม
วัตถุประสงค์ข้อ ๒. หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลใด สพฉ. อาจไม่สามารถประมวลผลหรือพิจารณา
ข้อมูลเพื่อดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ได้อย่างครบถ้วน หรืออาจเกิดความล่าช้าในการดำเนินการตามภารกิจ
ที่เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้าจะยอมรับผลกระทบหรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวข้าพเจ้าทุกประการ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลและเอกสารใด ๆ ที่ให้ไว้กับ สพฉ. เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง แท้จริง
หากเกิดความเสียหายใด ๆ อันเนื่องมาจากการให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินยอมและจะรับผิดชอบในความ
เสียหายที่เกิดขึ้นโดยสิ้นเชิงทุกประการ

๔. สพฉ. จะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลไว้ตลอดระยะเวลาที่ท่านเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินสมัยวาระ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๒ นับตั้งแต่วันที่ได้รับความยินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และอีกไม่เกิน ๑๐ ปี นับตั้งแต่วันที่พ้นวาระการดำรงตำแหน่งกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเมื่อท่านถอนความยินยอม ในกรณีที่ท่านไม่ได้รับการเลือกให้เป็นผู้แทนในเขตสุขภาพ สพฉ. จะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไว้ไม่เกิน ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศผลการเลือกกันเองในระดับเขตสุขภาพ หรือเมื่อท่านถอนความยินยอม ในกรณีที่ท่านได้รับการขึ้นบัญชีรายชื่อผู้แทนระดับเขตสุขภาพ เพื่อเลือกกันเองเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน สมัยวาระ พ.ศ. ๒๕๖๙ - ๒๕๗๒ สพฉ. จะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไว้ไม่เกิน ๓ ปี นับตั้งแต่วันที่ประกาศการขึ้นบัญชีรายชื่อผู้แทนระดับเขตสุขภาพฯ หรือเมื่อท่านถอนความยินยอม

๕. ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่ สพฉ. เก็บรวบรวมจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ การใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลจะกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ตามข้อ ๒. เท่านั้น เว้นแต่เป็นการปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น ตามคำสั่งของหน่วยงานรัฐที่มีอำนาจ หรือตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เป็นต้น

๖. เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิดังต่อไปนี้

๖.๑ ขอเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ สพฉ. หรือขอให้เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวที่ท่านไม่ได้ให้ความยินยอม

๖.๒ ขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับท่านจาก สพฉ. ในกรณีสถาบันได้ทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นอยู่ในรูปแบบที่สามารถอ่านหรือใช้งานโดยทั่วไปได้ด้วยเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทำงานได้โดยอัตโนมัติ และสามารถใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลได้ด้วยวิธีการอัตโนมัติ

๖.๓ คัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนที่กฎหมาย อนุญาตให้เก็บได้โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่เป็นกรณีที่ได้รับการยกเว้นตามกฎหมาย

๖.๔ ขอให้ลบหรือทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ตามกรณีที่กฎหมายกำหนด

๖.๕ ขอให้ดำเนินการระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามกรณีที่กฎหมายกำหนด

๖.๖ แจ้งให้ดำเนินการแก้ไข เพิ่มเติม เปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลส่วนบุคคลนั้นถูกต้องเป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด

๖.๗ ร้องเรียนในกรณีที่ สพฉ. หรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของ สพฉ. ผิดวินหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๖.๘ ถอนความยินยอมทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดเสียเมื่อใดก็ได้ โดยการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ สพฉ. ทราบ เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอมโดยกฎหมาย ทั้งนี้ การถอน ความยินยอม ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านได้ให้ความยินยอมไปแล้วโดยชอบตามที่กำหนดไว้

ติดต่อ สพฉ. ได้ที่

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา

สาธารณสุขซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐

ข้าพเจ้าได้อ่าน ทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์และเงื่อนไขการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคล ตลอดจนสิทธิของข้าพเจ้าซึ่งระบุไว้ในหนังสือให้ความยินยอมนี้อย่างชัดเจนแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

วันที่.....

เอกสารประกอบการเสนอชื่อเพื่อเลือกกันเองเป็นกรรมการผู้แทนในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ในสมัยวาระ พ.ศ.๒๕๖๙ - ๒๕๗๒

