**ตัวอย่างแบบฟอร์มเอกสาร**

**ประกอบการยื่นคำขอความเห็นชอบจากกรมอนามัยเป็นหน่วยงานจัดการอบรม**

**หลักสูตรการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

|  |  |
| --- | --- |
| **เอกสาร** | **รายละเอียดของเอกสาร** |
| 1 | แบบฟอร์มยื่นคำขอความเห็นชอบจากกรมอนามัยเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข |
| 2 | เอกสารรับรองสถานะความเป็นหน่วยงาน หรือนิติบุคคล |
| 3 | เอกสารแสดงวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หรือนิติบุคคล |
| 4 | หนังสือมอบอำนาจของหน่วยงาน หรือนิติบุคคล |
| 5 | แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยงานจัดการอบรม |
| 6 | เอกสารการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่บริหารจัดการอบรม |
| 7 | แบบสรุปรายชื่อ และคุณสมบัติวิทยากร พร้อมหัวข้อวิชาที่ขออนุมัติบรรยาย |
| 8 | หนังสือรับรองหรือยืนยันการเป็นวิทยากร |
| 9 | เอกสารแสดงประวัติวิทยากร |
| 10 | เอกสารและคู่มือประกอบการจัดการอบรม |
| 11 | แบบฟอร์มแผนการจัดการอบรม |
| 12 | ตัวอย่างใบรับรองการอบรมที่มอบให้ผู้ผ่านการอบรม |
| 13 | หนังสือรับรองคุณสมบัติวิทยากร |
| 14 | แบบฟอร์มทะเบียนผู้ผ่านการอบรม |

**เอกสารหมายเลข 1**

**แบบฟอร์มยื่นคำขอความเห็นชอบจากกรมอนามัยเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

เลขที่หนังสือ................................... เขียนที่.........................................................

วันที่............................................................

เรื่อง ขอความเห็นชอบเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

ด้วย (ชื่อหน่วยงาน) ...........................................................ประกอบกิจการ…………………………………….

ตั้งอยู่ที่เลขที่.................... ถนน................................ ตำบล...................................... อำเภอ........................................

จังหวัด..................................... รหัสไปรษณีย์..................................... โทรศัพท์..........................................................

โทรสาร....................................................... E-mail………………………………………………………………………………………………

มีความประสงค์จะขอความเห็นชอบเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง หลักสูตรการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พ.ศ. 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการจัดการฝึกอบรมให้แก่เจาพนักงานสาธารณสุข พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาคำขอ ดังนี้

❑ 1. เอกสารการรับรองสถานะความเป็นหน่วยงาน หรือนิติบุคคล

 ❑ 1.1 เอกสารหรือหนังสือที่ออกโดยหัวหน้าหน่วยงาน ของหน่วยงานราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

❑ 1.2 เอกสารระบุวัตถุประสงค์การจดทะเบียนในเรื่องการจัดอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข

❑ 2. หนังสือมอบอำนาจเพื่อดำเนินการของหน่วยงานจัดการอบรม

❑ 2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจกระทำการแทน

❑ 3. แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยงานจัดการอบรม (เช่น ภาพถ่ายอาคารสำนักงาน ห้องปฏิบัติงาน)

❑ 4. เอกสารการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่บริหารจัดการอบรม

❑ 5. เอกสารแสดงรายละเอียดคุณสมบัติของวิทยากรของหน่วยงานจัดการอบรม

❑ 5.1 หนังสือรับรองคุณสมบัติวิทยากร

❑ 5.2 แบบสรุปรายชื่อ พร้อมหัวข้อวิชาที่ขออนุมัติบรรยาย และเอกสารคุณสมบัติวิทยากร

❑ 5.3 หนังสือรับรองหรือยืนยันการเป็นวิทยากร

❑ 5.4 ประวัติวิทยากร

❑ 6. เอกสารและคู่มือประกอบการจัดการอบรมตามหลักสูตร (สื่อการเรียนการสอน) พร้อมซีดี

❑ 7. แผนการจัดการอบรมตามหลักสูตร พร้อมแสดงอัตราค่าบริการที่จะเรียกเก็บจากผู้เข้ารับการอบรม

❑ 8. ตัวอย่างวุฒิบัตรหรือหนังสือรับรองที่มอบให้ผู้ผ่านการอบรม

และขอแจ้งชื่อบุคคลเพื่อการติดต่อประสานงาน ชื่อ – นามสกุล..............................................ตำแหน่ง................................. โทรศัพท์.................................. โทรสาร..................................โดย (ชื่อหน่วยงาน/นิติบุคคล) ............................................... จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆ ที่กรมอนามัย กำหนดไว้ และที่จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเพิ่มเติม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..........................................ผู้มีอำนาจลงนาม

 (ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน)

**เอกสารหมายเลข 2**

**เอกสารการรับรองสถานะความเป็นหน่วยงาน หรือนิติบุคคล**

เลขที่หนังสือ ....... (ชื่อหน่วยงาน)

 …................................................

**เอกสารการรับรองสถานะความเป็นหน่วยงานหรือนิติบุคคล**

ขอรับรองว่าหน่วยงานนี้ได้จดทะเบียน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เป็นนิติบุคคลประเภทบริษัทจำกัด เมื่อวันที่......เดือน..........................พ.ศ. ......... ทะเบียนเลขที่….................................

ปรากฏข้อความในรายการตามเอกสารทะเบียนนิติบุคคล ณ วันออกหนังสือนี้ ดังนี้

1. ชื่อหน่วยงาน ..........................................................................

2. กรรมการของหน่วยงาน มี ............. คน ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

2.1 …...............................................................................

2.2 …...............................................................................

3. ทุนจดทะเบียน ................................................................. บาท

4. สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่..............หมู่ที่.............ถนน........................................

ตำบล.................................... อำเภอ...................................................................

จังหวัด.................................................................................................................

5. วัตถุประสงค์ของบริษัทมี ........................ข้อ ดังปรากฏในสำเนาเอกสารแนบท้ายหนังสือรับรองนี้ จำนวน ..................... แผ่น โดยมีลายมือชื่อนายทะเบียนซึ่งรับรองเอกสารและประทับตราสำนักงานหุ้นส่วนบริษัทเป็นสำคัญ

ออกให้ ณ วันที่................. เดือน....................... พ.ศ. ….........

…..............................................

(…............................................)

ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**หมายเหตุ :**

 ในกรณีของหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ ให้แสดงเอกสาร/หนังสือที่ออกโดยหัวหน้าหน่วยงานในการแสดงสถานะความเป็นหน่วยงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินการจัดการอบรม เพื่อประกอบการยื่นคำขอเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข

**เอกสารหมายเลข 3**

**เอกสารแสดงวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หรือนิติบุคคล**

(ชื่อหน่วยงาน) ................................................................

วัตถุประสงค์ของ (ชื่อหน่วยงาน)............................................. มีจำนวน.............ข้อ ดังต่อไปนี้

*(ระบุรายละเอียดที่แสดงวัตถุประสงค์การจดทะเบียน*

*ในเรื่องการจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข)*

(1) จัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข

(2) …........................................................................................................

(3) ….......................................................................................................

(4) ….......................................................................................................

(5) …........................................................................................................

ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**หมายเหตุ :**

 1. ในกรณีของหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ ให้แสดงเอกสาร/หนังสือที่ออกโดยหัวหน้าหน่วยงานเพื่อแสดงคุณสมบัติของหน่วยงานที่มีความประสงค์ยื่นคำขอเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข

**เอกสารหมายเลข 4**

**หนังสือมอบอำนาจของหน่วยงาน หรือนิติบุคคล**

เขียนที่.........................................................

วันที่……….เดือน……………………….........พ.ศ.........…..............…

หนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (หน่วยงาน).................................................................................................

โดย (ชื่อ-สกุล ผู้มอบอำนาจ) ..................................................................................... สำนักงานตั้งอยู่เลขที่

.............................….....................................................................................................................................

ขอมอบอำนาจให้ (ชื่อ-สกุล ผู้รับมอบอำนาจ) ......................................................................................... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร……………….....….......... เลขที่ ……..........................…….. ออกให้ ณ ………………….....……. เมื่อวันที่ ………….........….……… อยู่บ้านเลขที่ ….………..… ตรอก/ซอย........................ ถนน....................... แขวง/ตำบล........................ เขต/อำเภอ…………...........…. จังหวัด……………………………. เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าในการขอใบอนุญาตและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข กับ กรมอนามัย ลงนามในเอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้มีอำนาจในการดำเนินการ ที่เกี่ยวข้องกับการขอใบอนุญาตและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยงานฝึกอบรมฯ จนการดำเนินการแล้วเสร็จ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ…………………………………....ผู้มอบอำนาจ

(………………………………….)

ลงชื่อ………………………….…….......ผู้รับมอบอำนาจ

(…………………………….…….)

ลงชื่อ……………………………………..พยาน

(..………………………………….)

ลงชื่อ……………………………………..พยาน

(…………………………….…….)

 ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**หมายเหตุ:**

1. แนบสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้มอบและผู้รับมอบอำนาจพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

 2. ในกรณีของหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ ให้แสดงหนังสือจากหัวหน้าหน่วยงานที่แสดงรายละเอียดของผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการจัดการอบรม เพื่อประกอบการยื่นคำขอเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข

**เอกสารหมายเลข 5**

**แผนที่แสดงที่ตั้งของหน่วยงานจัดการอบรม**

ให้แสดงแผนที่ตั้งหน่วยงานฝึกอบรมอย่างชัดเจน

พร้อมภาพถ่ายอาคารสำนักงานที่เป็นที่ตั้งของหน่วยงานจัดการอบรมทั้งภายในและภายนอกสำนักงาน

ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**เอกสารหมายเลข 6**

**เอกสารการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่บริหารจัดการอบรม**

**ประกาศ (ชื่อหน่วยงาน) .........................................................**

**เรื่อง แต่งตั้งเจ้าหน้าที่บริหารจัดการอบรมประจำหน่วยงานจัดการอบรม**

------------------------------------

เพื่อให้การดำเนินงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข ให้เป็นไปตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง หลักสูตรการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พ.ศ. 2562 ที่ว่าด้วยการขออนุญาตเป็นหน่วยงานจัดการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข จึงแต่งตั้งให้

1. (ชื่อ-สกุล) .........................................................................

2. (ชื่อ-สกุล) .........................................................................

3. (ชื่อ-สกุล) .........................................................................

ปฏิบัติหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่บริหารจัดการฝึกอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข ของ

(ชื่อหน่วยงาน) ..................…....................................................................................................................

ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกระทั่งหน่วยงานจัดการอบรมหมดอายุการรับรองจากกรมอนามัย

ประกาศ ณ วันที่..........เดือน...........................พ.ศ. ...............….

ลงชื่อ...............................................ผู้มีอำนาจลงลายมือชื่อ

 (..............................................)

 ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**เอกสารหมายเลข 7**

**แบบสรุปรายชื่อ และคุณสมบัติวิทยากรการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข
พร้อมหัวข้อวิชาที่ขออนุมัติบรรยาย**

**(ชื่อหน่วยงาน) .....................................................................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อ – สกุล****วิทยากร** | **หัวข้อที่บรรยาย** | **คุณสมบัติวิทยากร**(วุฒิการศึกษา) | **รายละเอียด/หลักฐานแสดงคุณสมบัติวิทยากร** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**เอกสารหมายเลข 8**

**หนังสือรับรองหรือยืนยันการเป็นวิทยากร**

เขียนที่...........................................................

วันที่............... เดือน.......................... พ.ศ. ..................

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ............................................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน ..................................................................................................................................

สถานที่ที่สามารถติดต่อได้ ...............................................................................................................................

โทรศัพท์ ............................ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ....................................... โทรสาร .........................................

ข้าพเจ้าขอรับรองการเป็นวิทยากรให้กับ (ชื่อหน่วยงานจัดการอบรม) ...........................................................

.........................................................................................................................................................................

ตั้งแต่บัดนี้ จนกระทั่งหน่วยงานจัดการอบรม ......................................................................

หมดอายุการรับรองจากกรมอนามัย และได้แนบสำเนาบัตรประชาชนมาพร้อมนี้

ลงชื่อ....................................................วิทยากร

(นาย/นาง/นางสาว........................................)

ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**เอกสารหมายเลข 9**

**เอกสารแสดงประวัติวิทยากร**

ติดรูปถ่าย

หน้าตรง 1 นิ้ว

(ไม่เกิน 6 เดือน)

1. หลักสูตร ............................................. หัวข้อวิชาบรรยาย ....................................................................

2. ชื่อ – นามสกุล …....................................................................................................................................

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..................................................................................................................

3. วัน เดือน ปีเกิด / สถานที่ …...................................................................................................................

4. ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน …........................................................................................................................

5. สถานที่ทำงาน …................................................. โทรศัพท์ที่ทำงาน ......................................................

6. ที่อยู่ปัจจุบัน …........................................................................................................................................

โทรศัพท์ ............................... โทรศัพท์เคลื่อนที่ .................................. โทรสาร ..................................

7. ประวัติการศึกษา

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **วุฒิการศึกษา** | **ปีที่จบการศึกษา** | **สถาบัน** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8. ประวัติการอบรม/ดูงาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **หลักสูตร / เรื่องการอบรม / ดูงาน** | **สถานที่ / หน่วยงานที่จัดอบรม / ดูงาน** | **ระหว่างวันที่ เดือน ปี** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

9. ประสบการณ์การทำงาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตำแหน่งหน้าที่** | **หน่วยงาน** | **ระหว่างวันที่ เดือน ปี** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการและมีหลักฐานตรวจสอบได้ตามที่แนบมาพร้อมนี้

ลงชื่อ.........................................................วิทยากร

 (.........................................................)

ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**เอกสารหมายเลข 10**

**เอกสารและคู่มือประกอบการจัดการอบรม ตามหลักสูตรการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

**หลักสูตรการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

 อย่างน้อยต้องประกอบด้วยหัวข้อวิชา ดังต่อไปนี้

 1. กฎหมายกับการคุ้มครองสิทธิ เสรีภาพ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของประชาชน รวมถึงหลักการ เจตนารมณ์ และโครงสร้างกลไกของกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 2. สารบัญญัติและแนวทางการบังคับใช้และการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 3. ประสบการณ์บังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 4. การฝึกปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 5. หลักการและการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

 6. หลักวิชาการในการควบคุมการจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 7. หลักวิชาการในการจัดการเหตุรำคาญ ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 8. หลักวิชาการในการควบคุมการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 9. หลักวิชาการในการควบคุมและจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 10. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

 11. หัวข้อวิชาอื่น

**โดยจัดทำเป็นคู่มือ หรือสื่อประกอบการเรียนการสอน**

**ตามหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

**พร้อมบันทึกใส่แผ่นซีดี (CD)**

ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน

**เอกสารหมายเลข 11**

**แบบฟอร์มแผนการจัดการอบรมหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข**

**1. ชื่อหน่วยงาน .................................................................................................................................**

**จังหวัด ..........................................................................................................................................**

**2. รายละเอียดแผนการจัดอบรม** (สามารถแจ้งแผนเป็นรายครั้ง หรือแผนภาพรวมทั้งหมด)

|  |  |
| --- | --- |
| **แผนการฝึกอบรม****ปี พ.ศ. ......** | **รายละเอียดการจัดการอบรม** |
| **วันที่** | **เวลา** | **สถานที่จัดการอบรม** | **หมายเหตุ** |
| **มกราคม** |  |  |  |  |
| **กุมภาพันธ์** |  |  |  |  |
| **มีนาคม** |  |  |  |  |
| **เมษายน** |  |  |  |  |
| **พฤษภาคม** |  |  |  |  |
| **มิถุนายน** |  |  |  |  |
| **กรกฎาคม** |  |  |  |  |
| **สิงหาคม** |  |  |  |  |
| **กันยายน** |  |  |  |  |
| **ตุลาคม** |  |  |  |  |
| **พฤศจิกายน** |  |  |  |  |
| **ธันวาคม** |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :** 1. หน่วยงานต้องแจ้งแผนการอบรมให้กรมอนามัยทราบก่อนอย่างน้อย 30 วันทำการ

กรณีเปลี่ยนแปลงแผนการจัดอบรมแจ้งผ่าน E-Mail: law\_enforcement@anamai.mail.go.th

 2. การอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุข ต้องไม่เกิน 80 คนต่อครั้ง

**3. ค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้เข้ารับการอบรม**

🞎 ไม่เก็บค่าบริการ

🞎 เก็บค่าบริการ .................................. บาท/คน

**4. รายละเอียดผู้ประสานงาน**

 ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .............................................. นามสกุล ..................................................

 ตำแหน่ง .................................................................... โทรศัพท์ ....................................................

 มือถือ ........................................................... โทรสาร ...................................................................

 Email ……………………………………………………………………………………………………….…………………....

 ผู้บริหารหน่วยงานลงนาม ............................................... (ประทับตราสำคัญหน่วยงาน)

 (...............................................)

 ตำแหน่ง ..................................................

 วัน/ด/ป ..................................................

**เอกสารหมายเลข 12**

**ตัวอย่างวุฒิบัตร หรือหนังสือที่มอบให้ผู้ผ่านการอบรม**

(หน่วยงานจัดการอบรม)

ขอมอบใบรับรองการอบรมฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

...................................................................................................................

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

ตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง หลักสูตรการอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ พ.ศ. ๒๕๖2

ออกตามความในข้อ 8 แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ พ.ศ. 2562

ให้ไว้ ณ วันที่ .....................................................................

.................................................................

(........................................................)

ตำแหน่ง...........(หัวหน้าหน่วยงานจัดการอบรม)..................

**ตราสัญลักษณ์ของ**

**หน่วยงานจัดการอบรม**



**เอกสารหมายเลข 13**

**หนังสือรับรองคุณสมบัติวิทยากร**

เขียนที่...........................................................

วันที่............... เดือน.......................... พ.ศ. ..................

ด้วย (ชื่อหน่วยงาน) .........................................................................................................

ประกอบกิจการ............................................................................................................................................

ตั้งอยู่ที่เลขที่...................... ถนน............................................. ตำบล.............................................................

อำเภอ.........................................................................จังหวัด..........................................................................

มีวิทยากรประจำหน่วยงานจัดการอบรมหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน .......... คน ดังนี้

1. (ชื่อวิทยากร) ..........................................มีคุณสมบัติ (ตามประกาศกรมอนามัยฯ
ข้อ 13 (1),(2),(3)).................

2. (ชื่อวิทยากร) ..........................................มีคุณสมบัติ (ตามประกาศกรมอนามัยฯ
ข้อ 13 (1),(2),(3))................

3. (ชื่อวิทยากร) ..........................................มีคุณสมบัติ (ตามประกาศกรมอนามัยฯ
ข้อ 13 (1),(2),(3)).................

ดังนั้น (ชื่อหน่วยงาน).................... จึงขอรับรองว่าวิทยากรประจำหน่วยงานจัดการอบรม

มีคุณสมบัติตามที่กรมอนามัยกำหนด

ลงชื่อ..........................................ผู้มีอำนาจลงนาม

 (...................................................)

 (ประทับตราสำคัญของหน่วยงาน)

**เอกสารหมายเลข 14**

**แบบฟอร์มทะเบียนผู้ผ่านการอบรม**

**1. ชื่อหน่วยงาน .................................................................................................................................**

**จังหวัด ..........................................................................................................................................**

**2. วัน/ด/ป ที่ดำเนินการจัดการอบรม ................................................................................................**

**3. รายละเอียดวิทยากร**

 3.1 ชื่อ-สกุล ................................................... ตำแหน่ง ............................................(วิทยากรลงนาม)

 3.2 ชื่อ-สกุล ................................................... ตำแหน่ง ............................................(วิทยากรลงนาม)

 3.3 ชื่อ-สกุล ................................................... ตำแหน่ง ............................................(วิทยากรลงนาม)

**4. รายละเอียดผู้ผ่านการอบรม**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **เลขประจำตัวประชาชน** | **ชื่อ-สกุล** | **หน่วยงาน** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :** ตารางรายละเอียดผู้เข้ารับการอบรมควรจัดทำเป็นรูปแบบ File Excel

**5. รายละเอียดผู้ประสานงาน**

 ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .............................................. นามสกุล ..................................................

 ตำแหน่ง .................................................................... โทรศัพท์ ....................................................

 มือถือ ........................................................... โทรสาร ...................................................................

 E-mail ……………………………………………………………………………………………………….…………………....

 ผู้บริหารลงนาม ............................................... (ประทับตราสำคัญหน่วยงาน)

 (...............................................)

 ตำแหน่ง ..................................................

 วัน/ด/ป ..................................................