

ใบสมัคร เพื่อเข้าร่วมโครงการ



ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
อายุระหว่าง 18 – 50 ปีและ/หรือ สุขภาพแข็งแรง
สมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติการ
ช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวยุติ 2 คน

“ครอบครัวช่วยได้

เอาหัวใจคืนมา”

(สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหัวใจ มีสิทธิ์สมัครได้ครอบครัวละ 2 คน)

ข้อมูลของผู้ป่วย

ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย อายุปี

อาชีพ รับราชการ รับจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ อื่น(ระบุ).....

เพศ หญิง ชาย

สถานะภาพสมรส โสด คู่ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่ .

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี อื่น ๆ (ระบุ)

โรคประจำตัวของผู้ป่วย

ที่อยู่ของผู้ป่วย

ข้อมูลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการสมัคร (ต้องอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ...โปรดอ่านโครงการก่อน)

1. ชื่อ -สกุล (สมาชิกคนที่ 1 ในครอบครัวผู้ป่วย)อายุ.....ปี

อาชีพ รับราชการ รับจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ อื่น(ระบุ)

เพศ หญิง ชาย โรคประจำตัว

สถานะภาพสมรส โสด คู่ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี อื่น ๆ (ระบุ)

บ้านเลขที่.....ถนน.....เขต.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....E-mail.....

ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น สามี ภรรยา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ประสบการณ์อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR)

ไม่เคย เคย (ระบุ ปีพ.ศ.ที่อบรม)

ประสบการณ์การเรียกใช้บริการของศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี

ไม่เคย เคย (ระบุการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องเรียกใช้บริการ).....

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครมายัง ศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 พุ่งพญาไท ราชเทวี
กทม 10400 หรือ โทรสาร: 02-354-8224 หรือนำส่งที่ศูนย์กู้ชีพโดยตรง หมคเขตวันที่ 31 ธันวาคม 2552

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : นางสาวอุบล ยี่เอ็ง โทร: 081-241- 9959 หรือ 02-354-8223 (อบรมฟรี)

ใบสมัคร เพื่อเข้าร่วมโครงการ



ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย
อายุระหว่าง 18 – 50 ปีและ/หรือ สุขภาพแข็งแรง
สมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติการ
ช่วยฟื้นคืนชีพ ครอบครัวยุค 2 คน

“ครอบครัวช่วยได้ เอาหัวใจคืนมา”

(สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคหัวใจ มีสิทธิ์สมัครได้ครอบครัวละ 2 คน)

ข้อมูลของผู้ป่วย

ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย อายุปี

อาชีพ รับราชการ รับจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ อื่น(ระบุ).....

เพศ หญิง ชาย

สถานะภาพสมรส โสด คู่ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี อื่น ๆ (ระบุ)

โรคประจำตัวของผู้ป่วย

ที่อยู่ของผู้ป่วย

ข้อมูลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการสมัคร (ต้องอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ...โปรดอ่านโครงการก่อน)

2. ชื่อ -สกุล (สมาชิกคนที่ 2 ในครอบครัวผู้ป่วย)อายุ.....ปี

อาชีพ รับราชการ รับจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจ อื่น(ระบุ)

เพศ หญิง ชาย โรคประจำตัว

สถานะภาพสมรส โสด คู่ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี อื่น ๆ (ระบุ)

บ้านเลขที่.....ถนน.....เขต.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....E-mail.....

ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น สามี ภรรยา บุตร อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ประสบการณ์อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR)

ไม่เคย เคย (ระบุ ปีพ.ศ.ที่อบรม)

ประสบการณ์การเรียกใช้บริการของศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี

ไม่เคย เคย (ระบุการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องเรียกใช้บริการ).....

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครมายัง ศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 พุ่งพญาไท ราชเทวี
กทม 10400 หรือ โทรสาร: 02-354-8224 หรือนำส่งที่ศูนย์กู้ชีพโดยตรง หมคเขตวันที่ 31 ธันวาคม 2552

ผู้รับผิดชอบและประสานงาน : นางสาวอุบล ยี่เอ็ง โทร: 081-241- 9959 หรือ 02-354-8223 (อบรมฟรี)