|  |
| --- |
| **แบบมอบหมายหน้าที่ (ICS 204)** |
| **1. ชื่อเหตุการณ์:** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) | **2. ห้วงเวลาการปฏิบัติการ:** | **3. กลุ่มภารกิจ:** **ยุทธศาสตร์และวิชาการ (STAG**)ทีม/พื้นที่/กลุ่ม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_พื้นที่ปฏิบัติการ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_จุดระดมพล \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| จากวันที่: \_\_/\_\_/\_\_\_\_เวลา:  | ถึงวันที่: \_\_/\_\_/\_\_\_\_เวลา:  |
| **4. ผู้ปฏิบัติงาน:**  | ชื่อ | เบอร์ติดต่อ |
| หัวหน้ากลุ่มภารกิจ | นพ.ชุมพล เดชะอำไพ | 08 1455 6246 |
| หัวหน้าทีม/พื้นที่ |   |   |
| หัวหน้าชุด |   |   |
| หัวหน้ากลุ่ม/สาขา |   |   |
| **5. ทรัพยากรในความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย:** |
| ระบุทรัพยากร | ชื่อผู้รับผิดชอบ/หัวหน้าทีม | จำนวนผู้ปฏิบัติงาน | ช่องทางการติดต่อ (หมายเลขโทรศัพท์ วิทยุสื่อสารความถี่ ฯลฯ) | สถานที่รายงานตัว/วัสดุและอุปกรณ์พิเศษ/หมายเหตุ |
| 1. แพทย์, พยาบาล,นักวิชาการสาธารณสุข | 1. นพ.ชุมพล เดชะอำไพ | 8 | โทรศัพท์ 08 1455 6246 | ศูนย์EOC สสจเพชรบุรี |
|   | 2. นพ.อิสระพันธุ์ แก้วกำเหนิดพงษ์  |  | Line EOC สสจ.เพชรบุรี |   |
|   | 3. นายบุญลาภ ทิพย์จันทร์  |  |   |   |
|   | 4. นายทวีศักดิ์ วัดอุดม  |  |   |   |
|   | 5. นายสำราญ เจริญผล |  |   |   |
|   | 6. นายโกศล กลิ่นมาลี |  |   |   |
|   | 7. นางมัลลิกา แทนสวัสดิ์  |  |   |   |
|   | 8. นางสาวชุติพร เนียมจันทร์  |  |   |   |
| **6. ภารกิจที่ได้รับมอบหมาย:** 1. ให้คำแนะนำยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมายในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ 2. ประสานและสนับสนุนด้านวิชาการให้กับกลุ่มภารกิจต่างๆ ในระบบบัญชาการเหตุการณ์ 3. ประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมาย เพื่อปรับปรุงยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมาย ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ 4. ให้คำแนะนำการจัดทำและการดำเนินงานตามแผนเผชิญเหตุ สรุปทบทวนบทเรียนหลังการปฏิบัติการ 5. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย |
| **7. ข้อแนะนำพิเศษ:** |
| **8. การติดต่อสื่อสาร:**  |
| ชื่อ/ตำแหน่ง:นพ.ชุมพล เดชะอำไพ ตำแหน่ง หัวหน้ากล่องภารกิจยุทธศาสตร์และวิชาการ (STAG  | ช่องทางการติดต่อ ระบุหมายเลข/คลื่นความถี่/LineID/อื่นๆ: โทรศัพท์ 08 1455 6246Line EOC สสจ.เพชรบุรี |
| **9. เตรียมโดย** ชื่อ: นางสาวชุติพร เนียมจันทร์ ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ลายมือชื่อ:  |
| **ICS 204 IAP หน้า** **9** |  วันที่: 12/03/63 ……………………………………… |