

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๑๓/ว.๑๗๐



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๙ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ประชาสัมพันธ์สมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนเพื่อศึกษาต่อ และอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสถาบันพระบรมราชชนก ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๓/ว.๖๑ ลงวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ใบสมัครเข้าศึกษา อบรมระยะสั้น (สำหรับทันตแพทย์) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. ใบสมัครเข้าศึกษา อบรมระยะสั้น (สำหรับทันตภิบาล) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. รายละเอียดหลักสูตรที่รับสมัคร | จำนวน ๑ ชุด |

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันพระบรมราชชนก สำรวจความต้องการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรด้านทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อใช้เป็นแนวทาง รูปแบบ การพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรด้านทันตสุขภาพผู้สูงอายุรองรับระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และดำเนินการบูรณาการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ภายใต้แผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ ๒๕๕๘ - ๒๕๖๕ ทำให้เกิดความเสมอภาครองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตลอดจนการพัฒนาการ จัดตั้งกลไกระบบบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอประชาสัมพันธ์ให้ทันตบุคลากรในสังกัดท่านสมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียน เพื่อศึกษาต่อระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยส่งใบสมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียน ไปยังสถาบันพระบรมราชชนก ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sakulgold@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ (หากเลยกำหนดถือว่าสละสิทธิ์) เพื่อคณะกรรมการจะจัดสรรทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนเข้าศึกษาและอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชาย ธรรมสารโสภณ)

ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มพัฒนาบุคลากร

โทร.๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๕

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๗



รูปถ่าย
ขนาด
๓x๔ ซม.

ใบสมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียน
เข้าศึกษาและอบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ปี ๒๕๖๒
(ทันตภิบาล)

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....
ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม เลขที่.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท

๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ ๓๑ มีค ๖๒)

๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (สสจ./รพศ/รพท/รพช/รพ.สต/ศูนย์อนามัย/อื่นๆ).....
ฝ่าย/กลุ่มงาน.....ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ทำงาน.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....Line ID :

๔. จบการศึกษาระดับ

ประกาศนียบัตร.....สถาบันที่จบ.....

จบปีการศึกษา.....

ปริญญาตรี.....สาขา.....

มหาวิทยาลัย.....จบปีการศึกษา.....

ปริญญาโท.....สาขา.....

มหาวิทยาลัย.....จบปีการศึกษา.....

ปริญญาเอก.....สาขา.....

มหาวิทยาลัย.....ปีจบการศึกษา.....

๕. เคยได้รับทุนการศึกษา อบรมระยะสั้นหลักสูตร.....

สถาบันการศึกษา/อบรมระยะสั้น.....ประเทศ.....

เมื่อปี พ.ศ.....หน่วยงานเจ้าของทุน.....

๖. หลักสูตรที่ต้องการสมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียน (ได้เพียง ๑ หลักสูตร)

๑. ทันตภิบาล : ปริญญาตรี - distance learning (สาขาทันตสาธารณสุข)

๒. ทันตแพทย์ : อบรมระยะสั้น ๔ เดือน (สาขาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ)

๗. ประสบการณ์หรือผลงานเด่น ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

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

๘. หลังจากสำเร็จการศึกษาหลักสูตรดังกล่าวแล้ว ท่านจะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์กับหน่วยงานของท่านอย่างไร (โปรดระบุ)

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

๙. โครงการที่รับผิดชอบในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และได้รับอนุมัติงบประมาณแล้ว (โปรดระบุรายละเอียด)

ชื่อโครงการ.....
งบประมาณ.....บาท แหล่งงบประมาณ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ ๒๕๖๒

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ ๒๕๖๒

หมายเหตุ

ผู้รับรอง หมายถึง

๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับรองทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต./รพช./สสจ.
๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้รับรองทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพท./รพศ.
๓. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยเป็นผู้รับรองทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน ศูนย์อนามัย



รูปถ่าย
ขนาด
๓x๔ ซม.

ใบสมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียน
เข้าศึกษาและอบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ปี ๒๕๖๒
(ทันตแพทย์)

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....
ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม เลขที่.....
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน.....บาท
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
(นับถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒)
๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (สสจ./รพศ/รพท/รพช/รพ.สต./ศูนย์อนามัย/อื่นๆ)
ฝ่าย/กลุ่มงาน.....ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ทำงาน.....
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....Line ID :
๔. จบการศึกษาระดับ.....
ปริญญาตรี.....สาขา.....
มหาวิทยาลัย.....จบปีการศึกษา.....
ปริญญาโท.....สาขา.....
มหาวิทยาลัย.....จบปีการศึกษา.....
ปริญญาเอก.....สาขา.....
มหาวิทยาลัย.....ปีจบการศึกษา.....
๕. จบการศึกษา/อบรมทันตกรรมเฉพาะทางสาขา.....ปีที่จบ.....
๖. ประสบการณ์หรือผลงานเด่น ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ.....
.....
.....
๗. หลักสูตรที่ต้องการสมัคร
๑. ทันตแพทย์ : ปริญญาโท - distance learning
สาขา.....มหาวิทยาลัย.....
๒. ทันตแพทย์ : อบรมระยะสั้น ๔ เดือน (เรียงตามลำดับความต้องการของท่าน)
ลำดับที่ ๑ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....
ลำดับที่ ๒ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....
ลำดับที่ ๓ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....

๘. เคยได้รับทุนการศึกษา อบรมระยะสั้นหลักสูตร.....

สถาบันการศึกษา/อบรมระยะสั้น.....ประเทศ.....

เมื่อปี พ.ศ.....หน่วยงานเจ้าของทุน.....

๙. หลังจากสำเร็จการศึกษาหลักสูตรดังกล่าวแล้ว ท่านจะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์กับหน่วยงานของท่านอย่างไร (โปรดระบุ)

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ ๒๕๖๒

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ ๒๕๖๒

หมายเหตุ

ผู้รับรอง หมายถึง

๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับรองทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต./รพช./สสจ.
๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้รับรองทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน รพท./รพศ.
๓. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยเป็นผู้รับรองทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน ศูนย์อนามัย

หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ปี ๒๕๖๒
 ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๕
 โดยยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

๑. หลักสูตรสำหรับทันตแพทย์

๑.๑ หลักสูตรอบรมระยะสั้น (๔ เดือน)

มหาวิทยาลัย	หลักสูตร	จำนวนรับ (คน)	กำหนดเปิดเรียน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๑) ทันตกรรมประดิษฐ์	๑๐	๒๑ กรกฎาคม - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
	๒) เวชศาสตร์ช่องปาก	๑๐	พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๒
	๓) ปรีทันตวิทยา	๑๐	๒๔ มิถุนายน - ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒
	๔) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๑๐	กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม ๒๕๖๒
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	๑) ทันตกรรมประดิษฐ์ เพื่อชีวิตที่สดใส	๑๐	กรกฎาคม - ตุลาคม ๒๕๖๒
	๒) เวชศาสตร์ช่องปากขั้นสูง	๕	มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒
	๓) ปรีทันตวิทยา	๑๐	พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๒
	๔) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๑๐	มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๑๐	๑๐ มิถุนายน - ๑๓ กันยายน ๒๕๖๒
	๒) เวชศาสตร์ช่องปาก	๑๐	๑๓ พฤษภาคม - ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒
	๓) ปรีทันตวิทยา	๑๐	๓ มิถุนายน - ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๓๐	มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒
	๒) เวชศาสตร์ช่องปาก	๑๐	มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๑๐	มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	๑) ทันตกรรมประดิษฐ์	๑๐	๑๗ มิถุนายน - ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒
	๒) เวชศาสตร์ช่องปาก	๑๐	๑๗ มิถุนายน - ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒
	๓) ปรีทันตวิทยา	๑๐	๑๗ มิถุนายน - ๒๗ กันยายน ๒๕๖๒
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	๑) ทันตกรรมประดิษฐ์	๑๐	พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๒
	๒) เวชศาสตร์ช่องปาก	๑๐	พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๒
	๓) ปรีทันตวิทยา	๑๐	มีนาคม - กรกฎาคม ๒๕๖๒
	๔) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๑๐	พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๒

มหาวิทยาลัย	หลักสูตร	จำนวนรับ (คน)	กำหนดเปิดเรียน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	๑) ทันตกรรมประดิษฐ์ ๒) เวชศาสตร์ช่องปาก ๓) ปรีทันตวิทยา ๔) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๑๐ ๕ ๕ ๑๐	มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒ มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒ มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒ มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๒

หมายเหตุ : ค่าลงทะเบียนรายละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท

๑.๒ หลักสูตรปริญญาโท (๒ ปี)

มหาวิทยาลัย	หลักสูตร	จำนวนรับ (คน)	กำหนดเปิดเรียน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	๑) วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมคลินิก	๕	๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ - พฤษภาคม ๒๕๖๓
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๑๐	สิงหาคม ๒๕๖๒ - กรกฎาคม ๒๕๖๔
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ		
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	-	-
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	-	-	-
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ ๒) อายุรศาสตร์ช่องปาก	๕ ๒	๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๒* - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๒* - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ *นักศึกษาต้องมาเรียน pre-session courses ของคณะก่อนวันเปิดเรียน ระหว่างวันที่ ๒๒ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ	๕	สิงหาคม ๒๕๖๑ - พฤษภาคม ๒๕๖๔
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	๑) ทันตกรรมผู้สูงอายุ ๒) วิทยาการวินิจฉัยโรคใน ช่องปาก	๕ ๓	มิถุนายน ๒๕๖๒ - มีนาคม ๒๕๖๔ มิถุนายน ๒๕๖๒ - มีนาคม ๒๕๖๔

หมายเหตุ : ค่าลงทะเบียนปีละ ๑๕๐,๐๐๐ บาท/คน

๒. หลักสูตรสำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

๒.๑ หลักสูตรอบรมระยะสั้น (๔ เดือน)

สถาบัน	หลักสูตร	จำนวนรับ (คน)	กำหนดเปิดเรียน
วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดขอนแก่น	ทันตกรรมเฉพาะทางสาขา ทันตสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	๕๐	Phase ๑ วันที่ ๔-๘ มี.ค. ๖๒ Phase ๒ วันที่ ๒๒-๒๖ เม.ย. ๖๒ Phase ๓ วันที่ ๒๗-๓๑พ.ค. ๖๒ Phase ๔ วันที่ ๕-๙ ส.ค. ๖๒
วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดพิษณุโลก	ทันตกรรมเฉพาะทางสาขา ทันตสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	๕๐	Phase ๑ วันที่ ๑-๕ เม.ย. ๖๒ Phase ๒ วันที่ ๒๐-๒๔ พ.ค. ๖๒ Phase ๓ วันที่ ๘-๑๒ กค ๖๒ Phase ๔ วันที่ ๙-๑๓ กย ๖๒
วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดชลบุรี	ทันตกรรมเฉพาะทางสาขา ทันตสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	๕๐	Phase ๑ วันที่ ๑๑-๑๕ มี.ค. ๖๒ Phase ๒ วันที่ ๑-๘ เม.ย. ๖๒ Phase ๓ วันที่ ๖-๑๐พ.ค. ๖๒ Phase ๔ วันที่ ๕-๙ ส.ค. ๖๒

หมายเหตุ : ค่าลงทะเบียนรายละ ๘๐,๐๐๐ บาท/คน

๒.๒ หลักสูตรปริญญาตรี (ต่อยอด ๒ ปี เพิ่มเติมด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ)

มหาวิทยาลัย	หลักสูตร	จำนวนรับ (คน)	กำหนดเปิดเรียน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ			
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (ทันตสาธารณสุข)	๓๐	สิงหาคม ๒๕๖๒

หมายเหตุ : ค่าลงทะเบียนปีละ ๘๐,๐๐๐ บาท/คน