

กลุ่มงานแพทย์แผนไทย
เลขรับที่ 51
วันที่รับ 8 ก.ค. 64
เวลา 16.07 น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 6463
วันที่ - 8 ก.ค. 2564
เวลา.....น.



ที่ สธ ๐๕๑๕.๐๑/ก ศ ๕๗๕

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งเวียนการรับสมัครทุนพัฒนาบุคลากรการวิจัยและนวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดและคุณสมบัติการขอรับทุน คปก. จำนวน ๑ ชุด
- ๒. รายละเอียดและคุณสมบัติการขอรับทุน พวอ. จำนวน ๑ ชุด
- ๓. แบบฟอร์มการขอรับทุนพัฒนาบุคลากรการวิจัยและนวัตกรรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานการวิจัยแห่งชาติได้ลงนาม
บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยและนวัตกรรม และบุคลากรการวิจัยและ
นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรการวิจัยและ
นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติจึงได้สนับสนุนทุนวิจัยและนวัตกรรม ประจำปี
งบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ จำนวน ๒ ทุน ได้แก่

- ๑. ทุนโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (ทุน คปก.)
- ๒. ทุนโครงการพัฒนานักวิจัยและงานวิจัยเพื่ออุตสาหกรรม (ทุน พวอ.)

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอแจ้งเวียนหนังสือข้างต้นมาพร้อมนี้
และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้สนใจในหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ ขอให้ผู้สนใจและ
มีคุณสมบัติการขอรับทุนโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (ทุน คปก.) และทุนโครงการพัฒนานักวิจัยและ
งานวิจัยเพื่ออุตสาหกรรม (ทุน พวอ.) ส่งเอกสารการสมัครให้สำนักงานวิจัยการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ภายในวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เพื่อดำเนินการต่อไป รายละเอียดตาม
สิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธิตี แสงธรรม)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทนอธิบดี
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ทุน คปก.



ทุน พวอ.

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

- เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์

สำนักงานวิจัยการแพทย์แผนไทย
โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๒๒๔ ๓๒๖๕

๑๓/๗/๒๕๖๔ พรเช

(นายศุภชัย บุญสัมพันธ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

9 ก.ค. 2564

ธิดดา
๕ ก.ค 64
๘๗๑๖๔
๗๑๗16๔

แบบฟอร์มการสมัครขอรับทุน
ภายใต้โครงการร่วมให้ทุนพัฒนาบุคลากรการวิจัยและนวัตกรรม
ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ปีงบประมาณ 2564-2565

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 x 1.5 นิ้ว

1. ชื่อผู้ขอรับทุน (นาย,นาง,นางสาว)
ประเภททุน.....
ตำแหน่งปัจจุบัน
แผนก/ฝ่าย กอง.....
กรม กระทรวง.....
โทรศัพท์ โทรสาร
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เดือน วัน นับถึงวันปิดรับสมัคร
วัน/เดือน/ปีที่บรรจุเข้ารับราชการ อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....วัน นับถึงวันปิดรับสมัคร
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
.....
โทรศัพท์ โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ E-mail address.....
2. หลักการและเหตุผล ความจำเป็น และความต้องการของหน่วยงาน
.....
.....
.....
.....
.....
.....
3. สมัครขอรับทุนระดับปริญญา สาขาวิชา คณะ.....
สถาบันการศึกษา ภาคปกติหรือนอกเวลาราชการ
สถาบันการศึกษาต่อรับเข้าศึกษาตั้งแต่/.....ระยะเวลา (หลักสูตร).....ปี
สำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุด ระดับปริญญา สาขาวิชา
คณะสถาบันการศึกษา
ประเทศพ.ศ. คณะแผนกเฉลี่ยสะสม.....
รายละเอียดหลักสูตรที่สมัครขอรับทุน (กรุณาแนบหลักสูตรของสถาบันการศึกษา)
.....
.....
.....
.....

ตามหลักสูตรจะต้องมีการทำงานวิจัย (วิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/ค้นคว้าอิสระ/อื่น(ระบุ)).....
จำนวนหน่วยกิจที่ลงทะเบียนทำงานวิจัย หน่วยกิจ จะต้องมีการตีพิมพ์ผลงาน จำนวน ผลงาน
ใน วารสารวิชาการในประเทศ วารสารวิชาการในต่างประเทศ ไม่จำเป็นต้องตีพิมพ์ผลงาน
รายละเอียดวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สอดคล้องกับพันธกิจของ
หน่วยงานหรือความต้องการของประเทศ ที่สามารถนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา
(กรณีระบุหัวข้อวิทยานิพนธ์ พร้อมแนบร่างวิทยานิพนธ์/ข้อเสนอวิจัย โดยหัวข้อวิทยานิพนธ์นี้จะไม่
สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หากไม่มีเหตุผลอันสมควร)

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

4. งบประมาณ (แจกแจงเป็นภาคการศึกษาตลอดหลักสูตร)

.....
.....

5. แหล่งทุนอื่นหรืออยู่ระหว่างการขอรับทุนจากหน่วยงานอื่น (ระบุชื่อหน่วยงาน และจำนวนงบประมาณที่ได้รับ)

.....
.....

6. หน้าที่การงานปัจจุบัน (อธิบายลักษณะงานที่รับผิดชอบและปฏิบัติ)

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

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และหน้าที่การงานที่คาดว่าจะปฏิบัติงานภายหลังจากสำเร็จการศึกษา

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าข้อความดังกล่าวข้างต้น
ไม่เป็นความจริงและ/หรือข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์ในการสมัครทันที

ลงชื่อ ผู้สมัครรับทุน
(.....)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ หัวหน้าต้นสังกัด
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

เอกสารที่ต้องแนบมาพร้อมแบบฟอร์มการสมัครขอรับทุน

1. สำเนาวุฒิการศึกษา พร้อม Transcript ทั้งระดับปริญญาตรีและโท (ถ้ามี)
2. ใบรับรองจากสถาบันการศึกษาให้เข้ารับการศึกษ (หากได้เริ่มศึกษาไปแล้ว โปรดแนบสำเนาผลการศึกษาด้วย)
3. รายละเอียดหลักสูตรและงบประมาณตามที่สถาบันการศึกษากำหนด
4. ร่างวิทยานิพนธ์/ข้อเสนอวิจัย
5. สำเนาบัตรข้าราชการ (ถ้ามี) และสำเนาทะเบียนบ้าน
6. กรณีพนักงานราชการ ลูกจ้าง ต้องแนบหนังสือรับรองการทำงานจากหน่วยงานต้นสังกัด
7. แผ่น CD บรรจุข้อมูลรายละเอียดของผู้สมัครขอรับทุน

หมายเหตุ

1. โปรดพิมพ์รายละเอียดตามแบบฟอร์มในหัวข้อ 1-7 อย่างละเอียด
2. เมื่อส่งใบสมัครรับทุนแล้วจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการใดๆ ไม่ได้
3. ผู้สมัครรับทุนที่ยื่นใบสมัครที่มีข้อความไม่สมบูรณ์ และมีหลักฐานประกอบการสมัครรับทุนไม่ครบถ้วน จะไม่ได้รับการพิจารณาให้เข้าสมัครรับทุน
4. กรณีที่หลักสูตรกำหนดให้ต้องทำวิทยานิพนธ์และมีการกำหนดให้มีการตีพิมพ์ผลงาน จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ และผู้ได้รับทุนจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหัวข้อวิทยานิพนธ์ได้ หากไม่มีเหตุผลอันสมควร โดยเฉพาะวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก
5. หน่วยงานต้นสังกัดส่งหนังสือ พร้อมแบบฟอร์มรายละเอียดผู้สมัครขอรับทุน เสนอต่อผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยการแพทย์แผนไทย ภายในวันที่ 25 กรกฎาคม 2564 หากเกินเวลาที่กำหนด ถือว่าหน่วยงานของท่านสละสิทธิ์การขอรับทุนดังกล่าว