



ที่ สธ ๐๗๐๕.๐๗/ ๕ ๓ ๓

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓ ๑ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิทยากรในสถาบันการศึกษา ฯ ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (หลักสูตรสภาและนวด) ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

เรียน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คุณสมบัติผู้เข้าอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. กำหนดการรับสมัคร	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. ใบสมัครเข้ารับการอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีนโยบายในการพัฒนามาตรฐานการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ ตามประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อพัฒนาศักยภาพวิทยากรที่มีคุณภาพมาตรฐานตามหลักเกณฑ์ที่ประกาศกำหนด รวมทั้งเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบการบริการเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ ได้กำหนดจัดอบรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิทยากรในสถาบันการศึกษา ฯ ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (หลักสูตรสภาและนวด) ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๒๒ - ๒๔ เมษายน ๒๕๖๘ ณ ห้องแวนด้าแกรนด์บอลรูมบี โรงแรม เบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนด้าแกรนด์ จังหวัดนนทบุรี โดยรายละเอียดการอบรมระบุตามสิ่งที่ส่งมาด้วย นั้น

ในการนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ขอเชิญ ผู้สนใจที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สมัครเข้ารับการอบรมดังกล่าว โดยรับจำนวนจำกัดเพียง ๕ คน ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถส่งเอกสารการสมัครเข้ารับการอบรมทางไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ course@hss.mail.go.th ภายในวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๘ โดยผู้สมัครต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก หรือเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้สมัคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบและส่งบุคลากรผู้ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด สมัครเข้ารับการอบรมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ประดิษฐสุวรรณ)
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

โทร. ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๘๑

โทรสาร ๐ ๒๑๙๙ ๕๖๔๒



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

คุณสมบัติของผู้ประสงค์เข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิทยาในสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากกรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ (หลักสูตรสพและนวด) ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙
โดยผู้สมัครจะต้องมีคุณสมบัติ ๓ ข้อ ดังต่อไปนี้

- ๑) เป็นวิทยากรที่สอนในสถาบันการศึกษาที่ผ่านการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ๒) เป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาหรือการอบรมด้านการนวดไทยอย่างน้อย ๑ หลักสูตร ดังนี้
 - ๒.๑ จบปริญญาตรีสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ
 - ๒.๒ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย หรือ
 - ๒.๓ เป็นผู้จบหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐/๓๗๒ ชั่วโมง จากสภาการแพทย์แผนไทย หรือ
 - ๒.๔ เป็นผู้จบหลักสูตรวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทนวดไทย(๘๐๐/๑,๓๐๐ ชั่วโมง)
จากสภาการแพทย์แผนไทย
- ๓) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการสอนในหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพอย่างน้อย ๒ ปี โดยให้
สถาบันการศึกษาเป็นผู้รับรอง

หมายเหตุ การคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติเข้ารับการอบรม ดังนี้

๑. ผู้สมัครที่สถาบันการศึกษาตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คัดเลือกโดยกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยส่งใบสมัครทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ course@hss.mail.go.th
๒. ผู้สมัครที่สถาบันการศึกษาตั้งอยู่ในพื้นที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑-๑๒ คัดเลือกโดยศูนย์สนับสนุนบริการ
สุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ โดยส่งใบสมัครตามที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่กำหนด

(ร่าง) กำหนดการ

การอบรมพัฒนาศักยภาพวิทยากรหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิทยาในสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (หลักสูตรสปาและนวด)

ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ระหว่างวันที่ ๒๒ - ๒๔ เมษายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๗.๓๐ น.

ณ ห้องแวนด้าแกรนด์บอลรูมบี โรงแรมเบสท์ เวสเทิร์น พลัส แวนด้า แกรนด์ จังหวัดนนทบุรี

วันอังคาร ที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๘	
เวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๓๐ น.	ลงทะเบียน
เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๐.๐๐ น.	พิธีเปิดการอบรม โดย ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กล่าวรายงาน โดย นายพรเทพ ล้อมพรม ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
เวลา ๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	การบรรยาย เรื่อง นโยบายการส่งเสริม ควบคุมกำกับ มาตรฐานการจัดการเรียนการสอน ตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดย นายพรเทพ ล้อมพรม ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.	- การบรรยาย เรื่อง กฎหมายตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และจรรยาบรรณการเป็นวิทยากร โดย นายบุญเลิศ เตียวสุวรรณ นิติกรชำนาญการพิเศษ กองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
เวลา ๑๔.๓๐ - ๑๗.๓๐ น.	- การบรรยายเรื่อง กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเกี่ยวกับการนวดเพื่อสุขภาพและเส้นประธานสิบที่เกี่ยวข้อง โดย รศ.ดร.ภก. สุรพจน์ วงศ์ใหญ่ คณบดีวิทยาลัยเฮลท์ แอนด์ เวลเนส
วันพุธที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๘	
เวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	การบรรยายเรื่อง มาตรฐาน อุปกรณ์การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ โดย นางสาวเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
๑๐.๐๐-๑๒.๐๐	- การบรรยายเรื่อง เส้นประธานสิบและการนวดเพื่อสุขภาพตามแนวเส้นสิบและแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติ โดย อาจารย์นิกร จันท์แสง
เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	- การบรรยายเรื่อง การประเมินคัดกรองสุขภาพและข้อห้ามข้อควรระวังในการนวด โดย ผู้แทนกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วันพุธที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๘ (ต่อ)	
เวลา ๑๕.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.	การอภิปราย เรื่อง การวัดผลและประเมินผลการจัดการเรียนการสอนและการสะสมหน่วยการเรียนรู้ โดย ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ
เวลา ๑๖.๐๐ – ๑๗.๓๐ น.	ตอบข้อซักถาม
วันพฤหัสบดีที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๘	
เวลา ๐๘.๓๐ – ๐๙.๓๐ น.	ลงทะเบียน
เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	การบรรยายและฝึกปฏิบัติการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียนในการประเมินคัดกรองสุขภาพและการนัดเพื่อสุขภาพตามแนวเส้นลึบ โดย อาจารย์ไฉน น้อยแสง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.	การบรรยายเรื่อง การถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้เรียนในการประเมินคัดกรองสุขภาพและการนัดเพื่อสุขภาพตามแนวเส้นลึบ โดย อาจารย์ไฉน น้อยแสง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
เวลา ๑๕.๐๐ เป็นต้นไป	พิธีรับใบประกาศนียบัตร

หมายเหตุ

- กำหนดการอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม
- การทดสอบและประเมินผลด้วยการทำแบบทดสอบทฤษฎีและปฏิบัติตามที่กำหนดในรายวิชาที่ฝึกอบรม
- รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่มระหว่างการอบรม เวลา ๑๐.๓๐ น. และ ๑๕.๓๐ น.



รูป 1^{1/2} นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

พัฒนาศักยภาพวิทยากรหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และวิทยากรในสถาบันการศึกษา ฯ ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (หลักสูตรสปลาและนวด) ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลส่วนตัวและรายละเอียดตามที่กำหนดพร้อมทั้งแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุ เพื่อยื่นประกอบการสมัครเข้ารับการอบรม

๑. ประวัติส่วนตัว

- ชื่อ (นาย,นาง,นางสาว)สกุล.....
วัน/เดือน/ปี/เกิด...../...../.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก

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

ออกให้ ณวันหมดอายุ.....
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา อาชีพ
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล/ซอย
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
หมายเลขโทรศัพท์.....

๒. สถานที่ปฏิบัติงานระบุชื่อสถาบันการศึกษา/หน่วยงานต้นสังกัด (โปรดระบุชื่อสถาบันหรือหน่วยงานที่ท่านสังกัด)

- ชื่อหน่วยงาน/สังกัด.....เลขที่หมู่ที่.....
ตำบล/ซอย อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
- สถาบันการศึกษา ภาครัฐ ภาคเอกชน
ชื่อสถาบันการศึกษา.....เลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล/ซอย อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
- ชื่อโรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการ.....
เลขที่หมู่ที่..... ตำบล/ซอย อำเภอ/เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....
- ชื่อสมาคม/มูลนิธิ.....เลขที่หมู่ที่.....
ตำบล/ซอย อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์.....

๓. ข้อมูลการศึกษา

โปรดเลือกระดับการศึกษาสูงสุด ๑ ตัวเลือกเท่านั้น

- การศึกษาภาคบังคับ ระดับชั้น.....ชื่อสถาบันการศึกษา.....
- ต่ำกว่าอนุปริญญา ระดับชั้น.....ชื่อสถาบันการศึกษา.....
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า สาขาวิชา.....ชื่อสถาบันการศึกษา.....
- ปริญญาตรี สาขาวิชา.....ชื่อสถาบันการศึกษา.....
- สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....ชื่อสถาบันการศึกษา.....
- อื่นๆ ระบุ.....

๔. ข้อมูลการศึกษาหรืออบรมด้านนวดเพื่อสุขภาพ (สามารถระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ)

ชื่อสถาบันการศึกษา/อบรม	ชื่อสถาบันการศึกษา/อบรม
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต	
<input type="checkbox"/> อนุปริญญาการแพทย์แผนไทยบัณฑิต	
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย (๘๐๐/๑,๓๐๐ ชั่วโมง)	
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐/๓๗๒ ชั่วโมง	
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีสาขาอื่น ๆ ระบุ.....	
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรหลักสูตรด้านการนวดไทย ระบุ.....	

๕. ข้อมูลการเป็นวิทยากรในสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง

ลำดับ	ชื่อสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ	หลักสูตรที่เป็นวิทยากร	รายวิชาที่สอน	ระยะเวลาการเป็นวิทยากรในสถาบันการศึกษา (เริ่มต้น-ปัจจุบัน) วัน/เดือน/ปี ถึง วัน/เดือน/ปี

๖. เอกสารหลักฐานที่ใช้ยื่นสมัครเข้ารับการอบรมที่สอดคล้องกับการศึกษา หรืออบรมด้านการนวดไทย โดยต้องแนบหนังสือรับรองประสบการณ์ (โปรดกาเครื่องหมาย หน้าเอกสารที่ใช้ยื่นสมัคร)

- ๖.๑ สำเนาปริญญาตรีสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน ๑ ชุด
- ๖.๒ สำเนาใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทย จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖.๓ สำเนาใบประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐/๓๗๒ ชั่วโมง ที่ได้รับการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖.๔ สำเนาใบประกาศนียบัตรหลักสูตรวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทนวดไทย (๘๐๐/๑,๓๐๐ ชั่วโมง) ที่ได้รับการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖.๕ สำเนาใบประกาศนียบัตรหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ๑๕๐ ชั่วโมง จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖.๖ หนังสือรับรองประสบการณ์ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖.๗ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๖.๘ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล จำนวน ๑ ฉบับ (ถ้ามี)
- ๖.๙ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การรับสมัครที่กำหนด หากตรวจสอบพบภายหลังว่าเอกสารหลักฐานที่ข้าพเจ้าแนบประกอบการสมัครไม่ถูกต้องไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน หรือไม่นำหลักฐานมาแสดงตามเวลาที่กำหนด ถือว่าข้าพเจ้าไม่ประสงค์สมัครเข้ารับการอบรมและยินยอมให้คัดชื่อออก

ลงชื่อ.....ผู้สมัครเข้าอบรม
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

๑. เอกสารประกอบการสมัครที่เป็นสำเนาโปรดรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ
๒. ผู้รับรองในใบสมัครเข้าร่วมการอบรมหมายถึงผู้มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานหรือผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่สังกัด
๓. ผู้สมัครที่สถาบันการศึกษาตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครคัดเลือกโดยกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยส่งใบสมัครทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ course@hss.mail.go.th
๔. ผู้สมัครที่สถาบันการศึกษาตั้งอยู่ในพื้นที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑-๑๒ คัดเลือกโดยศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยส่งใบสมัครตามที่ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่กำหนด