



ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๔/๒.๔/๐๑๕๕๒

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
วันที่ 24 ส.ค. 2558
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๓ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง การอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๖
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก จำนวน ๒ ฉบับ
๒. ระเบียบการรับสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๗ ฉบับ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล	
เลขที่รับ	1475
วันที่ 24 ส.ค. 58	เวลา 16.03 น.
ผู้รับ	อรพิน

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จะดำเนินการรับสมัครบุคคล เข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๖ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ระยะเวลาการอบรม ๓ ปี โดยระบบการเรียนการสอนทางไกล ผู้เข้ารับการอบรมต้องมารายงานตัวเข้าร่วมสัมมนาทางวิชาการปีละ ๔ ครั้ง ๑ ละ ๑๐-๑๕ วัน สมัครเข้ารับการอบรมตามเงื่อนไขคุณสมบัติ วันเวลาและสถานที่ที่กำหนดในระเบียบการรับสมัครโดยใช้แบบฟอร์มใบสมัครถ่ายเอกสารหรือพิมพ์สำเนาจากอินเทอร์เน็ตส่งหลักฐานและค่าสมัครทางไปรษณีย์ ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ หรือสมัครด้วยตนเองในระหว่างวันที่ ๑ กันยายน - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ต www.scphpl.ac.th

ดังนั้น วิทยาลัยฯจึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ระเบียบการรับสมัครแบบฟอร์มใบสมัคร ให้กับบุคลากรสาธารณสุขข้าราชการในสังกัดและประชาชนผู้สนใจทั่วไป สำหรับข้าราชการสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการได้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว.๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปวิทยาลัยฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ด้วยดีเช่นเคย ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรพีชญ์ อินทะพันธุ์)

รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษา รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ภาควิชาการแพทย์แผนไทย

โทร. ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐

โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒

www.scphpl.ac.th

ระเบียบการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๖
ภาควิชาแพทย์แผนไทย (ตึกจิฉาเวช) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๓ หมู่ ๘ ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐
โทรศัพท์ ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่มีประวัติยาวนานมาแต่ครั้งพุทธกาล เป็นการแพทย์ที่แสดงถึงภูมิปัญญาความเชื่อของคนไทย มุ่งองค์ความรู้ที่เป็นรูปแบบของตนเองในลักษณะเป็นองค์รวมในการดูแลสุขภาพทั้ง กาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม บนรากฐานคุณธรรมทางการแพทย์ที่ สืบทอดมาแต่โบราณกาล

ข้อมูลหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่เปิดรับสมัคร

หลักสูตรเวชกรรมไทย ๓ ปี

เป็นหลักสูตรที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ศึกษาการบำบัดรักษาโรค สมุนไพร การรักษาด้วยการนวดไทย เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะได้สามารถเปิดสถานพยาบาลประกอบวิชาชีพเพื่อบำบัดรักษาโรคแก่ผู้ป่วยด้วยหลักการการแพทย์แผนไทยได้ตามกฎหมาย

แนวทางการจัดการศึกษา

ชั้นปีที่ ๑ ศึกษาความรู้ด้านเภสัชกรรมไทย (เตรียมแพทย์)

เป็นหลักสูตรเตรียมความพร้อมความเป็นแพทย์ ศึกษาสมุนไพร รูป สี กลิ่น รส ชื่อสรรพคุณ การปรุงยาไทย การควบคุมการผลิตยาไทย การนวดเบื้องต้นตลอดถึงการปลูกขยายพันธุ์และบำรุงรักษาสมุนไพร การอบรมต่อในชั้นปีที่ ๒ และปีที่ ๓ ผ่านการประเมินคุณธรรมจริยธรรมและความเป็นแพทย์โดยคณะอาจารย์ว่าสามารถเป็นแพทย์แผนไทยที่ดีได้ จึงจะมีสิทธิอบรมต่อ

ชั้นปีที่ ๒ ศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาไทยระดับพื้นฐานและโรคเฉพาะ การนวดรักษาโรคและการฝังเข็มไทย เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะได้สามารถเปิดร้านขายยาแผนโบราณ เปิดโรงงานผลิตยาแผนไทยนำเข้า-ส่งออกพืชสมุนไพร และดูแลสุขภาพมารดา ก่อนและหลังคลอด รวมทั้งการนวดรักษาโรคได้ตามกฎหมาย

ชั้นปีที่ ๓ ศึกษาความรู้ด้านเวชกรรมไทย (การวินิจฉัยโรค รักษาโรค)

การเรียนการสอนยึดองค์ความรู้เดิมที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์แพทย์ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๕ โปรดให้แพทย์หลวงชำระ รวมทั้งตำราแพทย์อื่น ๆ ที่มีมาครั้งสมัยอยุธยา ตำราโบราณอื่น ๆ เพื่อความเข้าใจและสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพได้ เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะประเภทเวชกรรมไทยได้แล้วสามารถตรวจวินิจฉัยโรคด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยได้

การเรียนการสอนเน้นการใช้สื่อจากของจริง มีสวนสมุนไพรประกอบด้วยสมุนไพรกว่า ๒๕๐ ชนิด นำผู้เข้ารับการอบรมเดินป่าเพื่อศึกษาสมุนไพรในธรรมชาติโดยอาจารย์ซึ่งเป็น หมอพื้นบ้านผู้เชี่ยวชาญ มีคลินิกแพทย์แผนไทยให้บริการในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป มีห้องปฏิบัติการผลิตยาไทยพร้อม เครื่องมือที่เหมาะสมและทันสมัยสำหรับการแพทย์แผนไทย ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับประสบการณ์ วิชาชีพจากการฝึกงานในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงงานผลิตยาแผนโบราณ บ้านหมอพื้นบ้าน สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยของเอกชนต่าง ๆ

การเรียนการสอนสามารถเรียนด้วยเอกสารตำราที่บ้าน เข้ารับการอบรมเข้มและสัมมนาวิชาการ รวมทั้งฝึกปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสบการณ์วิชาชีพทั้งในและนอกสถานศึกษา โดยการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ตามโปรแกรมการมอบหมายงานในรายวิชาต่าง ๆ การเรียนการสอนและฝึกปฏิบัติการการนวดไทยในรูปแบบ ต่าง ๆ อาทิ การนวดแบบเชลยศักดิ์ การนวดแบบราชสำนัก การนวดเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่ สามารถรักษาได้โดยการนวด เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการนวดไทยได้ด้วยความปลอดภัย

รูปแบบการเรียนการสอน

ใช้รูปแบบการเรียนการสอนทางไกลประกอบกับการเข้ารับการฝึกอบรม ปีละ ๔ ครั้ง ๆ ละประมาณ ๑๐-๑๕ วัน ข้าราชการสามารถเข้ารับการอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลาและสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตาม ระเบียบกระทรวงการคลังเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว การอบรมในระบบนี้เหมาะสำหรับข้าราชการ และบุคคลทั่วไปที่ประกอบอาชีพอิสระที่ไม่สามารถเรียนเต็มเวลาในหลักสูตรปกติทั่วไปได้

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

๑. ค่าลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ปีละ ๘,๐๐๐ บาท
๒. ค่าที่พักห้องปรับอากาศ ราคา ๑๐๐/๑๕๐ บาท/วัน
๓. ค่าอาหาร ๓ มื้อ ๒ เบรค ราคา ๑๘๐ บาท/วัน

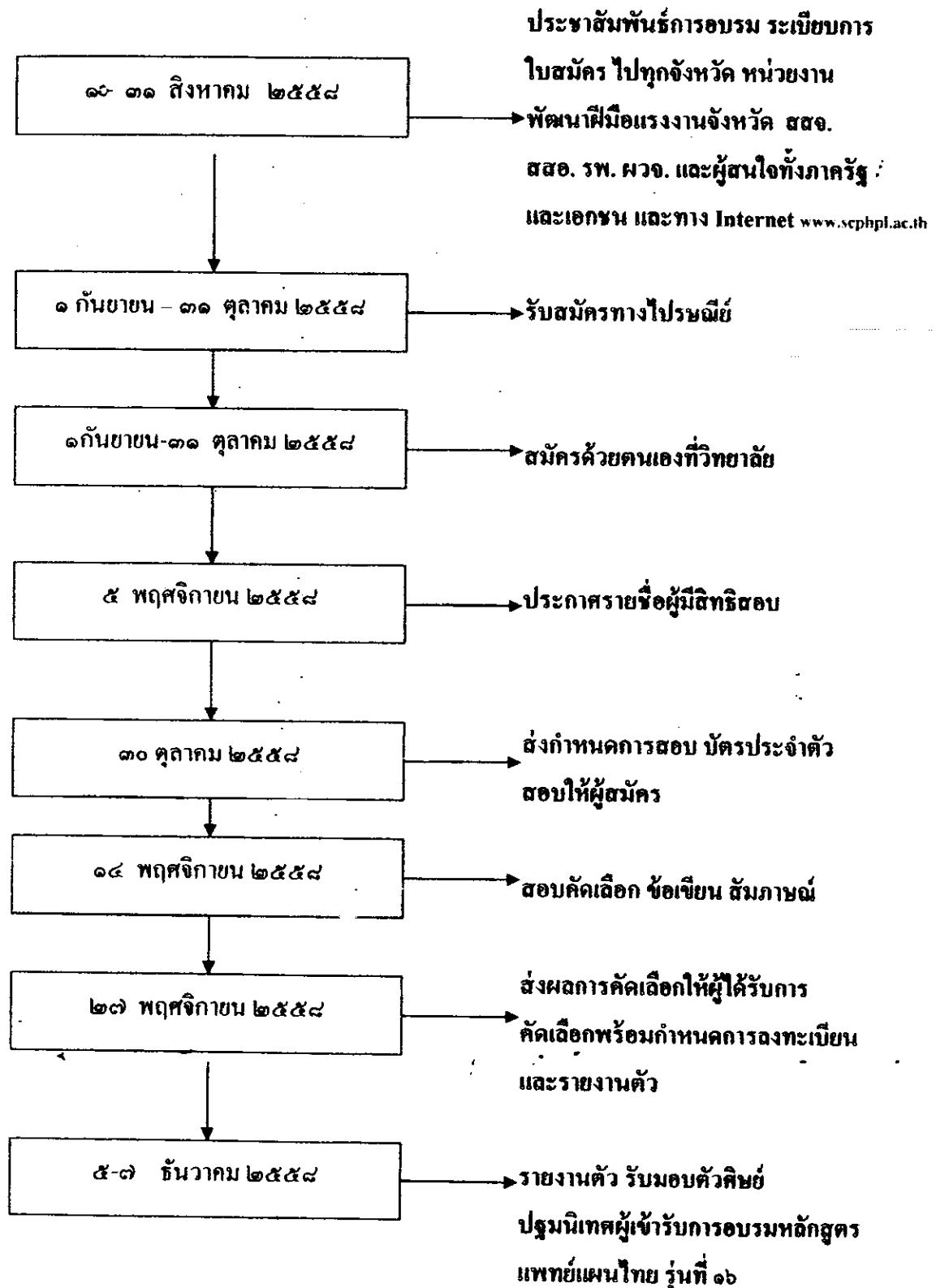
คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการอบรม

๑. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๒. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า
๓. มีสัญชาติไทย
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยตามคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความ เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖
๕. ไม่เป็นคนวิกลจริตจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์ แผนไทย ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

หลักฐานประกอบการสมัครเข้ารับการอบรม

๑. สำเนาประกาศนียบัตรหรือระเบียบแสดงผลการเรียนรู้ (รบ.)
๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล)
๓. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑x๑.๕ นิ้ว จำนวน ๔ รูป ถ่ายมาแล้ว ไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร โดยเขียนชื่อ-นามสกุล ไว้หลังรูปทุกรูป
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๖. ค่าสมัครสอบ ๒๐๐ บาท ส่งในนามผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐
๗. ใบรับรองแพทย์
๘. ใบรับรองความประพฤติ

**กำหนดการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๖ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘**



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ได้ทำการตรวจร่างกาย

เมื่อวันที่ วันที่ เดือน พ.ศ. แล้ว ปรากฏว่า

..... ปราศจากโรคดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๕. โรคจิตต่าง ๆ
๖. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
๗. กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง

เห็นว่า เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น จึงไม่
ขัดต่อการที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
พิษณุโลก

(ลงนาม)

(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ

**ใบรับรองความประพฤติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก**

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง รับรองความประพฤติ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
ขอรับรองว่า อายุ ปี อาชีพ
อยู่บ้านเลขที่ ซอย/ตรอก หมู่ที่
ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด
บิดาชื่อ มารดาชื่อ
สามีหรือภรรยาชื่อ เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่เคย
ประพฤติเสียหายและไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาให้จำคุกในคดีอาญา เห็นว่า
..... มีความประพฤติเรียบร้อยสามารถเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยฯ ได้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

ผู้ที่จะรับรองความประพฤติต้องมีคุณสมบัติดังนี้

๑. ผู้มีภูมิลำเนาใน กทม. ให้ ผู้อำนวยการเขตหรือสารวัตรสถานีตำรวจท้องที่หรือข้าราชการสัญญาบัตรเป็นผู้รับรอง
๒. ผู้มีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาค ให้ นายอำเภอท้องที่หรือข้าราชการสัญญาบัตรหรือกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในท้องที่เป็นผู้รับรอง
๓. ข้าราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาในส่วนราชการนั้น ๆ เป็นผู้รับรอง

วัน/เวลา	๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.
๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๘	วิชาความรู้ความสามารถทั่วไป และ วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย	สอบสัมภาษณ์

ปากกาและน้ำยาลบคำผิด (ไม่ใช่ดินสอและยางลบ)

๖. ความสามารถพิเศษ.....

๗. ระหว่างการสมัครสอบติดต่อข้าพเจ้าที่บ้านเลขที่.....ตรอก / เขต.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนั้นเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏว่าไม่เป็นความจริงในภายหลัง หรือเอกสารประกอบการสมัครเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานศึกษาจำหน่ายชื่อข้าพเจ้าออกสถานศึกษาได้ทันที และการที่ข้าพเจ้าศึกษานี้ บิดา มารดา ผู้อุปการะหรือผู้ปกครองของข้าพเจ้าทราบและข้าพเจ้าได้เข้าใจระเบียบที่ประกาศทุกประการพร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครมาแสดงต่อคณะกรรมการรับสมัคร ดังนี้

๑. ประกาศนียบัตร หรือระเบียบแสดงผลการเรียน (รบ.) หรือใบรับรองผลการเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ หรือเทียบเท่า พร้อมสำเนาภาพถ่าย หรือหลักฐานการศึกษาที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติของผู้สมัคร พร้อมรับรอง ๑ ฉบับ
๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล)
๓. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ X ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๔ รูป และถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันรับสมัคร โดยให้ผู้สมัครเขียนชื่อ - นามสกุลไว้หลังรูปทุกรูป
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
๖. ค่าสมัคร ๒๐๐ บาท ส่งมาในนามผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก (ส่งจ่ายไปรษณีย์วังทอง ๖๕๑๓๐)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร
(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

**** หมายเหตุ: ใบสมัครสามารถถ่ายเอกสารเพื่อใช้ในการสมัครได้ ****

แบบยื่นความจำนงเข้าพักในที่พักของวิทยาลัยฯ
สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๗/๒๕๕๘
ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

๑. ชื่อตัว - ชื่อสกุล (ตัวบรรจง)

ประสงค์จะเข้าพัก จำนวน คน (ค่าที่พักคนละ ๑๐๐/๑๕๐ บาท/คน/คืน)

๒. ที่อยู่ปัจจุบัน

๓. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้โดยสะดวก

๔. การเข้าพัก แจ้งความประสงค์

เข้าพักในวันที่ เวลา

ออกจากที่พักในวันที่ เวลา

๕. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ผู้ประสานงานที่พัก

คุณประกายมาศ มัชฌิมา กลุ่มงานหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นความจำนง

วันที่/...../.....

หมายเหตุ

๑. ห้องพักเป็นห้องพักปรับอากาศ พักรวมห้องละ ๑๐-๑๕ คน

๒. รับผิดชอบจำนวนจำกัด (ไม่เกิน ๑๐๐ คน)

๓. การชำระเงิน ให้เตรียมไปชำระในวันรายงานตัวเข้าที่พัก

๔. หากผู้ยื่นความจำนงเกินจำนวนที่พัก วิทยาลัยฯ จะแจ้งให้ทราบและให้ท่านติดต่อที่พักระหว่างตนเอง

ตามข้อมูลสถานที่พักในจังหวัดพิษณุโลก

- | | |
|------------------------|---------------------|
| ๑. โรงแรมดงภูเกิด | โทร. ๐-๕๕๒๓-๒๙๐๑-๓ |
| ๒. โรงแรมไพลิน | โทร. ๐-๕๕๒๕-๒๔๑๑-๕ |
| ๓. โรงแรมอมรินทร์นคร | โทร. ๐-๕๕๒๑-๙๐๖๙-๗๙ |
| ๔. โรงแรมอมรินทร์ลากูน | โทร. ๐-๕๕๒๒-๐๙๙๙ |
| ๕. โรงแรมท็อปแลนด์ | โทร. ๐-๕๕๒๔-๗๘๐๐-๙ |
| ๖. โรงแรมลาฟาโลมา | โทร. ๐-๕๕๒๑-๗๙๓๐-๖ |
| ๗. โรงแรมสมัยนิยม | โทร. ๐-๕๕๒๔-๗๕๒๗ |
| ๘. โรงแรมราชพฤกษ์ | โทร. ๐-๕๕๒๕-๘๗๘๘-๙ |
| ๙. โรงแรมราชวงศ์ | โทร. ๐-๕๕๒๕-๙๕๖๙ |