



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๑๖
วันที่ ๗ ส.ค. ๒๕๖๐
เวลา ๑๑-๖๐น.

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๑/๑๒๘๖

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
๒๙ ม.๔ ต.บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๐๐๐

๒ สิงหาคม ๒๕๖๐

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
วันที่ ๗ ส.ค. ๒๕๖๐
เวลา ๐๗.๐๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์สถานที่ฝึกปฏิบัติวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล) ของที่ ๒๖๐
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบสอบถามการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบตอบรับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี โดยภาควิชาทันตสาธารณสุข ได้จัดการเรียนการสอนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔ รหัสกลุ่มเรียน ๕๗๐๔๒๕ ซึ่งหลักสูตรกำหนดให้นิสิตต้องฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในรายวิชา ฝึกปฏิบัติวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ จำนวน ๓ หน่วยกิต ระหว่างวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ รวม ๕ สัปดาห์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าจังหวัดของท่านมีความพร้อมและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุข จึงขอความกรุณาหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาคัดเลือกและประสานโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถให้ความอนุเคราะห์เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน ตามรายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย (เอกสารหมายเลข ๑) และขอความกรุณาหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลตอบแบบสอบถาม (เอกสารหมายเลข ๒) และส่งกลับมายังอาจารย์ประกฤษภรณ์ สารัญจิตร โทร.๐๓๘-๒๗๕๖๖๓ - ๕ ต่อ ๑๓๘ มือถือ ๐๘๔-๑๓๘๑๒๔๓ โทรสาร ๐๓๘ ๒๗๔๒๔๕ ภายในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๐ และโปรดส่งแบบตอบรับ (เอกสารหมายเลข ๓) ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลภาพรวมและส่งให้วิทยาลัยฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่วิทยาลัยฯ ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ ฤทธิสาร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
โรงพยาบาลลาดบัวหลวง วิชาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ฝึกปฏิบัติงานทันตฯ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(นายประเสริฐ อัดโตทิ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

๐๗ ส.ค. ๒๕๖๐

ภาควิชาทันตสาธารณสุข
โทร.๐๓๘-๒๗๕๖๖๓ ต่อ ๑๓๘
โทรสาร ๐๓๘ - ๒๗๔๒๔๕

สำเนาส่ง รพ.ภาชี รพ.สมเด็จพระสังฆราช

เรียน นพ.ภช.
เนติศาสตร์ ประสาทศัลยกรรม
๑๕ ส.ค. ๖๐

ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔
<p>๑. จุดมุ่งหมายของรายวิชา ฝึกปฏิบัติวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)</p> <p>การฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ โดยฝึกเกี่ยวกับการตรวจประเมินและวางแผนการรักษาปัญหาสุขภาพช่องปาก การเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) การเคลือบฟลูออไรด์วานิช การเคลือบฟลูออไรด์เจล ฝึกปฏิบัติงานในคลินิกเด็กดี คลินิกฝากครรภ์และคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฝึกปฏิบัติงานให้ทันตสุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม</p> <p>๒. จำนวนนิสิต ชั้นปีที่ ๔ ทั้งหมด ๕๖ คน (ชาย ๗ คน หญิง ๔๙ คน)</p> <p>๓. ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ (๕ สัปดาห์)</p>

เกณฑ์การเลือกแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔
<p>มีเกณฑ์มาตรฐานในระดับโรงพยาบาล ดังนี้</p> <p>๑. มีทีมอาจารย์พี่เลี้ยง ประกอบด้วย ทันตแพทย์ นักวิชาการหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอย่างน้อย ๓ ท่าน</p> <p>๒. มีที่พักสำหรับนิสิต หรือสามารถจัดหาที่พักภายนอกโรงพยาบาลให้ได้ (วิทยาลัยมีค่าเช่าที่พักให้กับนิสิต)</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>วิทยาลัยฯ เบิกค่าตอบแทนอาจารย์พี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติงานครั้งนี้ให้กับแหล่งฝึกทุกแหล่งตามระเบียบทางราชการ</p>

แบบสอบถามการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)
 นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

๑. โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 ที่อยู่ติดต่อ.....เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรสาร.....
๒. ยินดีรับนิสิตฝึกปฏิบัติงาน (ตอบข้อต่อไป)
 ไม่รับ
๓. จำนวนนิสิตที่สามารถรับฝึกได้
 ชาย จำนวน.....คน
 หญิง จำนวน.....คน
๔. ที่พักสำหรับนิสิต
 มี
 ไม่มี แต่สามารถติดต่อที่พักภายนอก ได้ราคา.....บาท/เดือน

รายชื่ออาจารย์ที่เลี้ยงแหล่งฝึก คุณสมบัติทันตแพทย์ นักวิชาการทันตสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานทันต-
 สาธารณสุข (โปรดระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง พร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์)

๑. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....
 ๒. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....
 ๓. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....
 ๔. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....
 ๕. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....

๔.รายละเอียดเพิ่มเติมที่ประสงค์จะแจ้งให้นิสิตทราบ

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการฝึกปฏิบัติงาน อาจารย์ศรัณย์ อัดตะนันท์ (๐๘๐ ๖๓๖๐๘๑๘)
 E-mail : beavdent@hotmail.com

ผู้ร่วมประสานงาน อาจารย์ประภัสราภรณ์ สำราญจิตร (๐๘๔ ๑๓๘๑๒๔๓)
 E-mail : sumranjitp@gmail.com

****ภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี****
 ขอขอพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กรุณาตอบแบบสอบถามส่งกลับคืนภายในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๐

อาจารย์ประภัสราภรณ์ สำราญจิตร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ภาควิชาทันตสาธารณสุข

อำเภอเมืองชลบุรี

จังหวัดชลบุรี

๒๐๐๐๐

ใบตอบรับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด.....

แหล่งฝึกงาน	เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก			จำนวนนิสิตที่สามารถรับได้		บ้านพัก	
	โทร	FAX	Mobile	ชาย (คน)	หญิง (คน)	มี	ไม่มี
๑.
๒.
๓.
๔.
๕.
๖.
๗.
๘.
๙.
๑๐.
๑๑.
๑๒.
๑๓.

หมายเหตุ : กรุณาส่งสำเนาให้กับผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลของจังหวัด และส่งต่อให้วิทยาลัยฯ ดำเนินการต่อไป