



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๖๑๕
วันที่ - ๗/ก.พ. ๒๕๖๑
เวลา ๑๘.๐๙H

ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๔/๖ ๑๕๕

สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ
คลินิกหมอครอบครัว
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ท> มกราคม ๒๕๖๑

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
รับเลขที่ ๐๗๒
๑๖กพ ๑
๑๕.๐๗

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมครอบครัวและชุมชนสำหรับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงาน
ในคลินิกหมอครอบครัว

เรียน ผู้อำนวยการเขตสุขภาพทุกเขต / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด / ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง / ประธานศูนย์เรียนรู้
ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบปฐมภูมิระดับเขตสุขภาพทุกเขต

- | | | |
|------------------|--------------------------------------|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. หลักสูตรและกำหนดการอบรมระยะสั้น ๆ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม | จำนวน ๑ ชุด |

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ “คลินิก
หมอครอบครัว” ภายในปี ๒๕๖๙ กำหนดให้มีคลินิกดูแลสุขภาพประจำครอบครัวครบ ๑ ล้านครอบครัว
ดูแลประชาชน ๖๕ ล้านคน ด้วยการมีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
ซึ่งหนึ่งในทีมสหวิชาชีพได้แก่ ทันตแพทย์ เนื่องจากปัจจุบันอุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้น
เช่น การมีปัญหสุขภาพช่องปากทั้งโรคปริทันต์ โรคฟันผุ การสูญเสียฟันล้วนมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรัง
โรคปริทันต์ มีผลกับภาวะเส้นเลือดในสมองอุดตัน (Stroke) เบาหวาน และภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ
การที่ประชาชนมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจะช่วยให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ยกย่องพัฒนาระบบบริการ
สาธารณสุขได้ ทันตบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัวจึงมีความสำคัญสำหรับการจัดบริการสุขภาพมุ่งสู่สุขภาพ
ประชาชน ดังนั้นทันตแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้
ความเข้าใจหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ตลอดจนหลักทันตกรรมครอบครัวเพื่อการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวจึงได้ร่วมมือกับสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
ดำเนินโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมครอบครัวและชุมชนสำหรับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิก
หมอครอบครัว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ขึ้น โดยการอบรมแบ่งเป็น ๔ ครั้งๆละ ๕ วัน ระหว่างวันที่ ๑๙ มีนาคม
ถึงวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑ กระบวนการเรียนการสอนประกอบด้วย

๑. อบรมภาคทฤษฎี จำนวน ๔ ครั้งๆละ ๕ วัน ณ สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ดังนี้
Module ๑ ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๑
Module ๒ ระหว่างวันที่ ๓๐ เมษายน - ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑
Module ๓ ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๑
Module ๔ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑

๒. ฝึกปฏิบัติงานภาคสนามในพื้นที่ของผู้เข้ารับการอบรม

ทั้งนี้ เพื่อเป็นไปตามระเบียบการอบรม/สัมมนาฯ สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ จะมีประกาศโครงการ
รับสมัครทันตแพทย์ผู้สนใจเข้ารับการอบรมฯ ต่อไป

ในการนี้...

ในการนี้ เพื่อให้การสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมครอบครีวและชุมชนสำหรับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครีว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สอดคล้องกับนโยบายและตรงตามความต้องการของพื้นที่ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครีว จึงขอชี้แจงรายละเอียดและขอให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

๑. การคัดเลือกทันตแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมครอบครีวและชุมชนฯ กำหนดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติ ดังนี้

๑.๑ ต้องเป็นทันตแพทย์ที่ทำงานมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๑.๒ ได้รับมอบหมายหรือมีแผนให้ปฏิบัติงานหรือจะปฏิบัติงานใน PCC ที่จัดตั้งขึ้นตามแผนของจังหวัดและเขตสุขภาพ

๑.๓ เมื่อผ่านการอบรมแล้วต้องปฏิบัติงานใน PCC ที่ได้รับมอบหมาย

๒. การกำหนดโควตาผู้เข้าอบรมฯ กำหนดให้เขตสุขภาพ เขตละ ๔ คน รวม ๔๘ คน โดยในการคัดเลือกนั้นขอให้จังหวัดร่วมกับเขตสุขภาพเป็นผู้พิจารณาเสนอรายชื่อ และผู้จัดการอบรมฯ จะยึดถือตามรายชื่อที่ผ่านการเสนอจากเขตสุขภาพเท่านั้น

๓. ขอให้ทันตแพทย์ผู้ได้รับการคัดเลือกให้สมัครเข้ารับการอบรมฯ กรอกใบสมัคร โดยให้ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้นลงนาม (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) แล้วกรุณาดำเนินการดังนี้

๓.๑ ส่งใบสมัครไปที่กลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครีว ทางโทรสารหมายเลข ๐๒ ๕๙๐ ๑๘๑๗ ภายในวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

๓.๒ ส่งใบสมัครไปยังเขตสุขภาพเพื่อการตรวจสอบรายชื่อและยืนยันรายชื่อ

๔. เมื่อเขตสุขภาพได้รับใบสมัครแล้วขอให้ตรวจสอบคุณสมบัติและยืนยันรายชื่อ โดยสรุปการคัดเลือกและส่งรายชื่อทันตแพทย์ที่ประสงค์จะสมัครเข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ตามแบบฟอร์มดังนี้

แผนยืนยันส่งทันตแพทย์เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ ปี ๒๕๖๑ เขตสุขภาพที่.....					
ผู้ให้ข้อมูล.....					
โทรศัพท์มือถือ.....Email.....					
ที่	ชื่อ - สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน	จังหวัด	กำหนดให้ปฏิบัติงาน ณ PCC	หมายเหตุ

ทั้งนี้เพื่อความรวดเร็วขอให้เขตสุขภาพส่งรายชื่อไปยัง Email scpcc2017@gmail.com ภายในวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ หากมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ ดร.อลิสสา ศิริเวชสุนทร มือถือ ๐๘ ๑๓๔๑ ๒๒๖๘ หรือ ทพ.ยุทธนา คำนิล มือถือ ๐๘ ๖๓๙๗ ๐๓๖๓ และสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017>

๕. สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครีว จะดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและรายชื่อทันตแพทย์ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมฯ และจะแจ้งรายชื่อทันตแพทย์ที่ได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการอบรมระยะสั้นฯ กลับไปยังเขตสุขภาพ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

๖. ทันตแพทย์...

๖. ทันตแพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมฯ จะได้รับการสนับสนุนค่าลงทะเบียนคนละ ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) สำหรับค่าใช้จ่ายในการอบรมฯ ได้แก่ค่าเดินทาง เบี้ยเลี้ยง ที่พัก ขอให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัดและเป็นไปตามระเบียบ ทั้งนี้ สำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิฯ จะดำเนินการโอนงบประมาณจำนวนดังกล่าวให้กับหน่วยเบิกจ่ายของผู้ที่ผ่านการคัดเลือกให้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ก. ทิม

(นายโกเมนทร์ ทิวทอง)

รองผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและ
คลินิกหมอครอบครัว รักษาการแทนผู้อำนวยการสำนักงาน
สนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ดำเนินการ



(นายณรงค์ สวัสดิสาร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
โรงพยาบาลสตูลจังหวัดสตูล ศึกษารโนตำแห่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๑๒ ก.พ. ๒๕๖๑

บงคอร ปวงภาสภาน์

๑๕ กพ. ๖๐

กลุ่มพัฒนากำลังคนด้านปฐมภูมิ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๐๙ หรือ ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๗

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๘๑๗

หลักสูตรอบรมระยะสั้นเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา ๔ เดือน ทันตกรรมครอบครัวและชุมชน
สำหรับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอบุคคล
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ระยะเวลา	โมดูล	รายวิชา
๑๙ มี.ค.- ๒๓ มี.ค.๖๑	๑. Family Medicine concept and primary care system	๑. Being a dentist for primary care cluster ๒. Primary care concept and quality primary practice ๓. The Family practice consultation, Communication ,Motivation ๔. Understanding Human behavior and Satir's Model ๕. Multidisciplinary health care, Home visit and Home health care ๖. เครื่องมือเวชศาสตร์ครอบครัว ๗. ระบบสุขภาพชุมชน ระบบปฐมภูมิ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (FCT, PCC, DHS, DHB) และเครือข่ายสุขภาพ ๘. ระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลจากระดับพื้นที่สู่ระดับอำเภอ ๙. การพัฒนาเจตคติในการทำงานกับชุมชน
๓๐ เม.ย. - ๔ พ.ค. ๒๕๖๑	๒. การดูแลสุขภาพ และสุขภาพช่องปากด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ๑ (Work with family I)	๑. การดูแลผู้ป่วยวัยตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยรุ่น ๒. การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ๓. Social determinant of health and Cultural epidemiology ๔. Coaching and mentoring I
๑๑ -๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๑	๓. การดูแลสุขภาพ และสุขภาพช่องปากด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ ๒ (Work with family II)	๑. การดูแลผู้ป่วยวัยคู่ครอง กลางคน และในครอบครัวที่มีความรุนแรง ๒. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๓. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ๔. การดูแลผู้ป่วยพิการ และผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ๕. Coaching and mentoring II
๑๖ -๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑	๔. Community dentistry and oral health promotion and prevention	๑. การวินิจฉัยชุมชน ๒. ทันตกรรมชุมชน ๓. การออกแบบและประเมินโครงการสุขภาพช่องปาก ๔. Coaching and mentoring II

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมครอบคร้วและชุมชน
สำหรับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบคร้ว

๑. ชื่อ-นามสกุล (ตัวบรรจง)
๒. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน วัน
๓. การศึกษา
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัย/ปีที่จบ.....
ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขา/ปีที่จบ.....
๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....
๕. อายุราชการ ปี เดือน..... วัน
๖. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
๗. สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....มือถือ.....
E-Mail.....
๘. เมื่อสำเร็จการอบรม ฯ ท่านมี PCC รองรับในการปฏิบัติหน้าที่และสามารถปฏิบัติหน้าที่
 ใช่ ไม่ใช่ ณ PCC..... (โปรดระบุชื่อPCC)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของการเข้ารับการอบรม

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุน
ให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร โดยสามารถ
สนับสนุนงบประมาณไว้เป็นค่าใช้จ่ายตลอดการฝึกอบรม

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

๑. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนแล้ว ส่งใบสมัครไปยังสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิฯ ภายในวันที่
๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๗ หากสอบถามการได้รับเอกสารทางโทรสาร
ติดต่อที่หมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๑

๒. ส่งใบสมัครไปยังจังหวัด / เขตสุขภาพเพื่อจะได้ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

หากมีข้อสงสัยติดต่อ ดร.อลิสา ศิริเวชสุนทร มือถือหมายเลข ๐๘๑ ๓๔๑ ๒๒๖๘