

นตม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 พระนครศรีอยุธยา
 รับเลขที่ ๑๕๖๗๗
 วันที่ ๓๐ พ.ย. ๒๕๖๑
 เวลา ๑๑.๕๗.๕๕



ที่ สธ ๐๙๐๔.๐๓/ ๑๑๐๖๖๗

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
 รับเลขที่ ๗๐
 วันที่ ๑๑
 เวลา ๑๐.๓๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ส่งผลงานประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำฟันส่งเสริมทันตสุขภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดการประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำฟันส่งเสริมทันตสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด
- ๒. ใบสมัครส่งผลงานประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำฟันส่งเสริมทันตสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการแปร่งฟันในเด็กนักเรียนผ่านการประกวดแต่งเพลงประกอบทำฟันส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อสร้างกระแสให้นักเรียนเห็นความสำคัญของการแปร่งฟันและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี นั้น

กรมอนามัยขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด ส่งผลงานประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำฟันส่งเสริมทันตสุขภาพ ดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒ ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ โดยส่งผลงานไปที่กลุ่มทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่รับผิดชอบจังหวัดของท่าน ทั้งนี้สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๙

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การส่งผลงานดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
 ดำเนินการ

นตม ๑

(นายณรงค์ ฤทธิสาร)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
 โรงพยาบาลลาดบัวหลวง วิทยาการในตำแหน่ง
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขอแสดงความนับถือ

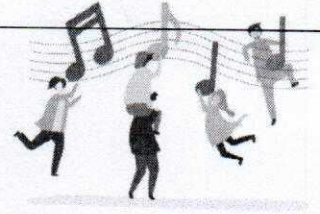
(นายอรรถพล แก้วสัมฤทธิ์)
 รองอธิบดีกรมอนามัย ปฏิบัติราชการแทน
 อธิบดีกรมอนามัย

เสีโหวง ประเสริฐสิน

๑๓ ต.ค. ๖๑

สำนักทันตสาธารณสุข
 โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๘
 โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๓

ใบสมัครเข้าร่วมการประกวด
“ แต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเต้นส่งเสริมทัศนสุขภาพ ”



รายละเอียดผู้สมัคร (โปรดกรอกข้อมูลโดยละเอียดให้ชัดเจน)

โรงเรียน

ตำบล อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์โรงเรียน

ครูผู้ส่งผลงาน ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี

ตำแหน่ง ระดับ

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

E - mail

รายชื่อนักเรียนที่เข้าร่วมการประกวด

1. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

2. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

3. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

4. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

5. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

6. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

7. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

8. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

9. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

10. ชื่อสกุล.....อายุ..... ปี ชั้น

สรุป เนื้อเพลงพอสั่งเขป

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

ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดในหลักเกณฑ์การประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเต้นส่งเสริมทัศนสุขภาพ เป็นที่เข้าใจ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การประกวดทุกประการ รวมทั้งขอรับผิดชอบด้านลิขสิทธิ์ของข้อมูลทุกชนิดในผลงาน และยินยอมให้ผู้อื่นนำผลงานของตนเองไปใช้เพื่อการเผยแพร่ได้อย่างอิงแหล่งที่มา

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

รายละเอียดที่อยู่ศูนย์อนามัยที่จะส่งผลงานเข้าร่วมประกวด

ศูนย์อนามัย	จังหวัดที่รับผิดชอบ	ที่อยู่
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	เชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา แพร่ ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เลขที่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก	พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก เพชรบูรณ์	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก เลขที่ 21 หมู่ 4 ต.มะขามสูง อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000
ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	กำแพงเพชร ชัยนาท นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เลขที่ 157 ถ. พหลโยธิน ต. นครสวรรค์ออก อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี	สระบุรี สิงห์บุรี ลพบุรี นครนายก อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เลขที่ 1 หมู่ 11 ต.บ้านหม้อ อ.บ้านหม้อ จ. สระบุรี 18130
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 429 ถ.ศรีสุริยวงศ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี เลขที่ 43 ม.7 ต.นาป่า อ.เมือง จ. ชลบุรี 20000
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถ. ศรีจันทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี เลขที่ 9/9 หมู่ 5 ถนนอุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	ชัยภูมิ บุรีรัมย์ นครราชสีมา สุรินทร์	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เลขที่ 177 ม. 6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30280
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี	มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เลขที่ 45 ถ.สกลมารค์ ม.4 บ้านบัว ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช	ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา นครศรีธรรมราช ภูเก็ต	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช เลขที่ 99 ม.2 ต.บางจาก อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80330
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา	ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา เลขที่ 95 ถ.เทศบาล 1 ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา 95000

* ยกตัวอย่างเช่น โรงเรียนอยู่ในจังหวัดอุทัยธานี ให้ส่งผลงานที่ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เป็นต้น



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

การประกวดแต่งเพลง

เพลงประพันธ์ประกอบทำเดิน
ส่งเสริมกันดีสุขภาพ

ชิงเงินรางวัล

150,000 บาท

1. รางวัลชนะเลิศ

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล

30,000 บาท

2. รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล

25,000 บาท

3. รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 2

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล

20,000 บาท

4. รางวัลชมเชย 10 รางวัล

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล รางวัลละ

7,500 บาท



หมายเหตุ

1. รางวัลชนะเลิศ รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 และ 2 รับรางวัลในวันที่ 4 - 5 เมษายน 2562

ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ตจังหวัดปทุมธานี และรางวัลชมเชย 10 รางวัล สำนักทันตสาธารณสุขจะจัดส่งเงินรางวัลไปให้

สามารถ Download ใบสมัคร
และรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่



รายละเอียด กติกาการส่งผลงาน เข้าประกวด



1. ต้องเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6
2. ต้องเป็นบทเพลงที่ได้แต่งขึ้นใหม่ทั้งเนื้อร้องและทำนอง ไม่เคยเผยแพร่มาก่อน ไม่ได้ลอกเลียนแบบมาจากผลงานผู้อื่น หากคณะกรรมการมาพบว่าเป็นเพลงเก่าที่เคยเผยแพร่มาก่อนให้ถือเป็นโมฆะ
3. รับบทเพลงทุกลักษณะ ทุกชนิด ทุกลีลา และทุกรูปแบบ โดยเปิดกว้างให้เสนอความแตกต่างเสนอความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการได้เต็มที่โดยโรงเรียนหนึ่งสามารถส่งผลงานได้ไม่จำกัดจำนวน แต่ทั้งนี้สามารถรับรางวัลสูงสุดได้เพียง 1 รางวัล เท่านั้น
4. ความยาวเพลงประกอบทำนอง อย่างน้อย 2 นาที ไม่เกิน 3 นาที บันทึกในรูปแบบ .mp4 โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเพณี 2-2-2
5. บทเพลงประกอบทำนองที่ส่งเข้าประกวด ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ “สำนักกนต-สาธารณสุข กรมอนามัย” มีสิทธิ์นำบทเพลงที่ชนะการประกวดไปเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ โฆษณา ให้ความบันเทิงกับประชาชน โดยชอบด้วยกฎหมาย หรือดัดแปลงตามความเหมาะสม
6. การส่งบทเพลงเข้าประกวด ถือว่ายอมรับกติกา และวิธีการดำเนินการของฝ่ายจัดประกวด ผู้ส่งผลงานไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ์ใดๆ ได้
7. ผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นสิ้นสุด ไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ์ใดๆ ได้
8. รางวัลที่ถือเป็นประโยชน์ต่างตอบแทนเป็นที่สุดและเหมาะสมแล้ว ไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ์ใดๆ ได้

การส่งผลงาน

ส่งผลงานพร้อมหลักฐานผ่านทางไปรษณีย์ โดยส่งมาที่ ศูนย์อนามัยตามเขตที่ได้รับผิดชอบ (วงเล็บมุมของ “ประกวดเพลงประกอบทำนองส่งเสริมทันตสุขภาพ”) โดยแนบเอกสาร ดังนี้

1. ใบสมัคร
2. สำเนาหลักฐานของผู้ส่งใบสมัคร เช่น สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
3. แผ่น VCD ผลงานเพลงประกอบทำนองส่งเสริมทันตสุขภาพในรูปแบบ .MP4
4. เนื้อเพลงฉบับเต็มในไฟล์ Microsoft Word



ระยะเวลาการส่งผลงาน

1. เปิดรับผลงานเพลงตั้งแต่ บัดนี้ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562
2. คัดเลือกรอบแรกโดยให้แต่ละศูนย์อนามัยตามพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ ตัดสินเลือกอันดับ 1 ของแต่ละศูนย์อนามัย แล้วส่งผลงานมายังสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562
3. คัดเลือกผลงานรอบที่ 2 และประกาศผลรางวัลชนะเลิศ 3 บทเพลงสุดท้าย ผ่านทาง Facebook Fanpage “Mouth มิวส์ ฟันดี” ภายในวันที่ 16 มีนาคม 2562 มี โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินผลการแข่งขัน ดังนี้
 - 3.1 จำนวนผู้ชมที่กด Like และ Share
 - 3.2 การตัดสินคะแนนจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งนี้สามารถเข้าไปกด Like และ Share ได้ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2562 เป็นต้นไป



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข
Ins. 02-590-4209 และ Facebook Fanpage “Mouth มิวส์ ฟันดี”

สามารถ Download ใบสมัคร
และรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่นี่

