



ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย

ที่ ๖ /๒๕๖๘

เรื่อง การรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก

การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญด้านการนวดไทย ๗ กลุ่มอาการโรค
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข โดย นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาการนวดไทย ด้วยการส่งเสริมและยกระดับอาชีพและวิชาชีพการนวดไทยให้มีมาตรฐาน สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และสนับสนุนให้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการรักษาร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสภาการแพทย์แผนไทย ได้เร่งเดินหน้าเพิ่มความเชี่ยวชาญพิเศษให้กับหมอนวดไทย ใน ๗ กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Office syndrome) โรคหัวไหล่ติด โรคนิ้วล็อกภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (ปวดสลักเพชร) หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท อัมพฤกษ์ อัมพาตและกลุ่มระบบสืบพันธุ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังเหล่านี้ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะที่ผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งให้บริการทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการนวดไทย ก็จะได้รับค่าตอบแทนหรือรายได้เพิ่มขึ้น

ด้วย สภาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการควบคุม กำกับ ส่งเสริม และพัฒนามาตรฐานวิชาชีพและการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย ได้เล็งเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญการสร้างสรรค์จากทุนทางวัฒนธรรมทางสุขภาพ ตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดในพระราชบัญญัติการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ดำเนินการส่งเสริม พัฒนามาตรฐานและฝึกอบรมความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการนวดไทย ตลาดจนรับรองหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรมเป็นผู้ชำนาญการ อันเป็นการส่งเสริมการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์แผนไทย และพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ เพื่อยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญด้านการนวดไทย ๗ กลุ่มอาการโรคการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ประกอบมติคณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ จึงออกประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ด้านการนวดไทยรักษาโรค ๗ กลุ่มอาการ สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อ ๑ คุณสมบัติผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่ออบรม

๑.๑ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ที่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๓ ปี)

- ด้านเวชกรรมไทย หรือ
- ด้านการผดุงครรภ์ไทย หรือ
- ด้านการนวดไทย

หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

/กรณี...

(กรณีที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ มีระยะเวลาไม่ถึง ๓ ปี) ให้ใช้หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน
/ต้นสังกัด

- ๑.๒ ไม่เป็นผู้วิกลจริตเพี้ยนเพื่อนไม่สมประกอบหรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภา
การแพทย์แผนไทย
- ๑.๓ ไม่เคยถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๒ การสมัครเข้ารับการคัดเลือก

- ๒.๑ รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๓๐ มกราคม – ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘
- ๒.๒ ผู้สมัครสามารถดาวน์โหลดได้ที่เอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ เว็บไซต์
<https://thaimed.or.th/>
- ๒.๓ หรือขอรับใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกอบรมได้ที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย
ในวันและเวลาราชการเท่านั้น ๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
- ๒.๔ กรอกข้อมูลในใบสมัครให้ครบถ้วนและถูกต้อง

ข้อ ๓ แนบเอกสารประกอบการสมัคร

- ๓.๑ ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย
- ๓.๒ สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๓.๓ สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ๓.๔ กรณีที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทย
ประยุกต์ มีระยะเวลาไม่ถึง ๓ ปี) แนบหนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน/ต้น
สังกัด
- ๓.๕ แบบฟอร์มหนังสือรับรองตนเอง

เรื่อง ประสพการณ์ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย รักษาโรค ๗ กลุ่ม
อาการ (เลือก ๑ โรค/อาการ) ที่ต้องการขอการรับรองความรู้ความชำนาญ (สามารถใส่รูปภาพ
ประกอบได้ (จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษและพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะทำงานฯ)

๓.๖ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๒๐๐ บาท

ข้อ ๔ ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร

- ๔.๑ ค่าธรรมเนียมการสมัคร ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
- ๔.๒ ชำระผ่านช่องทางดังนี้

โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒ ๐ ๑๗๕๓๘ ๖ ชื่อบัญชีสภา
การแพทย์แผนไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ดิوانนท์

ข้อ ๕ ส่งใบสมัครและเอกสารแนบ

- ๕.๑ ส่งใบสมัครและเอกสารแนบทางไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ (EMS)
ถึง เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย (ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐาน
วิชาชีพฯ) อาคาร ๑ ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
หรือ
- ๕.๒ ส่งด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย ในวันและเวลาราชการ
๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เท่านั้น

/ ข้อ ๖ รอพิจารณา...

ข้อ ๖ รอฟิจารณาและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

สภาการแพทย์แผนไทยจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ได้ที่เว็บไซต์สภาการแพทย์แผนไทย และช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ของสภาการแพทย์แผนไทย

ทั้งนี้ การสมัครเข้ารับการคัดเลือกจะถือว่าผู้มีผลสมบูรณ์ เมื่อผู้สมัครได้ดำเนินการครบทุกขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนดและค่าธรรมเนียมการสมัคร ไม่สามารถขอคืนได้ โปรดตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วนก่อนส่งใบสมัคร หากมีข้อสงสัย ติดต่อ ๐๒ ๕๘๐ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒ หรือ ๑๗ (งานวิชาการ งานอบรม)

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๘



(นายชนาณัติ แสงอรุณ)

ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ
และรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support



ติดรูป
๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญด้านการนวดไทย ๗ กลุ่มอาการโรค
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ขอความกรุณา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... สกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

๒. วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

๓. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล.....

๔. สถานที่ปฏิบัติงาน/สถาบันการศึกษา

☐ ชื่อ.....จังหวัด.....

๕. ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ที่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๓ ปี)

☐ ด้านเวชกรรมไทย เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....(ปฏิทิน)

☐ ด้านการผดุงครรภ์ไทย เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....(ปฏิทิน)

(เลือกได้เฉพาะกลุ่มอาการโรคระบบสืบพันธุ์)

☐ ด้านการนวดไทย เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....(ปฏิทิน)

☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....(ปฏิทิน)

๖. เอกสารประกอบการสมัครอบรม

๖.๑ ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย

๖.๒ สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

๖.๓ สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ที่มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๓ ปี) หรือ หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน/ต้นสังกัด (กรณีที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีระยะเวลาไม่ถึง ๓ ปี)

๖.๔ แบบฟอร์มหนังสือรับรองตนเอง (เอกสารแนบท้ายใบสมัคร) เรื่อง ประสบการณ์ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย รักษาโรค ๗ กลุ่มอาการ (เลือก ๑ โรค/อาการ) ที่ต้องการขอการรับรองความรู้ความชำนาญ (สามารถใส่รูปภาพประกอบได้ (จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษและพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน)

๖.๕ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๒๐๐ บาท

/๗. ท่านประสงค์

๗. ท่านประสงค์เข้าอบรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญด้านการนวดไทย ๗ กลุ่มอาการโรค การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (เลือกได้เพียง ๑ กลุ่มอาการ)

- ☐ ๑. กลุ่มอาการโรคปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด
- ☐ ๒. กลุ่มอาการโรคหัวไหล่ติด
- ☐ ๓. กลุ่มอาการโรคนิ้วล็อก
- ☐ ๔. กลุ่มอาการโรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท
- ☐ ๕. กลุ่มอาการโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- ☐ ๖. กลุ่มอาการโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต
- ☐ ๗. กลุ่มอาการโรคระบบสืบพันธุ์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และยินดีปฏิบัติตามระเบียบของการสมัคร

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่สมัคร เดือน พ.ศ.

ผู้สมัครจะต้องดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ ๑ กรอกใบสมัครให้ถูกต้อง พร้อมแนบเอกสารประกอบการสมัครให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ ๒ ชำระค่าธรรมเนียมผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒ ๐ ๑๗๕๓๘ ๖ ชื่อบัญชีสภา

การแพทย์แผนไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ดิวนนท์

ขั้นตอนที่ ๓ การส่งเอกสารการสมัคร ได้ทั้ง ๒ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑ ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ EMS

เรียน เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

(ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพฯ)

สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑ ชั้น ๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ถนนดิวนนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ช่องทางที่ ๒ ส่งใบสมัครได้ด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย วันและเวลาราชการเท่านั้น

/หมายเหตุ...

หมายเหตุ

๑. ค่าธรรมเนียมการอบรมยกระดับฯ จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สามารถชำระค่าธรรมเนียมส่วนนี้ได้เมื่อสภากาชาดไทยประกาศรายชื่อเป็นผู้มีสิทธิเข้ารับการฝึกอบรมดังกล่าว ตามข้อ ๖ รอฟพิจารณาและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก)

๒. ค่าธรรมเนียมขอรับหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท เมื่อสภากาชาดไทยประกาศรายชื่อท่านเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินและการอบรมแล้ว

แบบฟอร์มหนังสือรับรองตัวเอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง หนังสือรับรองตัวเอง

เรียน เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย (ประธานคณะกรรมการระดับมาตรฐานวิชาชีพ)

บรรยายประสบการณ์ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย รักษาโรค ๗ กลุ่มอาการ (เลือก ๑ โรค /อาการ) ที่ต้องการขอการรับรองความรู้ความชำนาญ (สามารถใส่รูปภาพประกอบกรณียัติได้)

ข้าพเจ้าขอรับรองตัวเองว่า.....

[illegible]

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดี
รับผิดชอบทางกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

จึงขอรับรองมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ หากเนื้อหาของหนังสือรับรองไม่สามารถเขียนจบในหน้าแรกได้ ให้ทำการเขียนต่อในหน้าถัดไป (พร้อมรับรอง
สำเนาความถูกต้องทุกหน้า)