

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๕๑๔/๖๓๕๓๗



กรมการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การสมัครเข้าร่วมการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำหรับแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านที่ได้รับรอง

เรียน

- | | | |
|------------------|---|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการอบรม | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. รายละเอียดประกอบการสมัครเข้าร่วมอบรม | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๓. แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๔. ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม | จำนวน ๑ ชุด |

ตามที่ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กำหนดดำเนินการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำหรับแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านที่ได้รับรอง กลุ่มเป้าหมายแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านที่ได้รับรอง ในเขตสุขภาพที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๐๐ คน เพื่อพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมทางการแพทย์แผนไทย และสามารถปฏิบัติตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้อย่างถูกต้อง ในวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร นั้น

ในการนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงขอแจ้งประชาสัมพันธ์การสมัครเข้ารับการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย สำหรับแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอพื้นบ้านที่ได้รับรอง ตามวัน เวลาและสถานที่ ดังกล่าวแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด และขอได้โปรดแจ้งรายชื่อผู้สมัครเข้าร่วมการอบรมพร้อมหลักฐาน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓,๔ ไปที่สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือ E-mail : Cannabis.dtam@gmail.com ภายในวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ทั้งนี้โดยเบิกค่าใช้จ่าย (ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม) จากหน่วยงานผู้จัดและขอให้ให้นำหนังสืออนุมัติเข้าร่วมอบรมให้ผู้จัดในวันเปิดการอบรม ฯ ดังกล่าวด้วย รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การสมัครเข้ารับการอบรมตามวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปราโมทย์ เสือวรรค์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทนอธิบดี

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อม
ทางการแพทย์แผนไทย
โทร. ๐ ๒๑๔๔ ๕๖๔๗

กำหนดการอบรม
การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

- | | |
|----------------|---|
| ๐๗.๐๐-๐๘.๐๐ น. | ลงทะเบียน |
| ๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น. | พิธีเปิดการอบรม
โดย อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| ๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น. | การทดสอบความรู้ก่อนการอบรม |
| ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. | บรรยายเรื่อง ๑. กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ข้อบังคับการรายงาน ยส.๕ และ
ความรับผิดชอบทางกฎหมาย
๒. การเฝ้าระวังความปลอดภัยการใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชา
๓. รายงานการส่งใช้กัญชาและรายงานความปลอดภัย
โดย ภญ.ศิริพร ฉนวนนท์ เกสัชกรชำนาญการพิเศษ
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| ๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน |
| ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น. | บรรยายเรื่อง ความรู้พื้นฐานของพืชสมุนไพร
โดย ภญ.ศรีสุภัค นันทา เกสัชกรชำนาญการ
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| ๑๔.๐๐-๑๗.๐๐ น. | บรรยายเรื่อง ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงอยู่ (๑๖ ตำรับ)
โดย นายชัยพร กลิ่นจันทร์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะบะเคียน จ.ลพบุรี |
| ๑๗.๐๐-๑๘.๐๐ น. | บรรยายเรื่อง หลักการและแนวทางการปรุงยาเฉพาะราย
โดย พท.มาลา สร้อยสำโรง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
ภญ.อรปภา จันทร์หอม เกสัชกรปฏิบัติการ
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| ๑๘.๐๐-๑๘.๓๐ น. | การทดสอบความรู้หลังการอบรม/พิธีปิดการอบรม |

หมายเหตุ รับประทานอาหารว่างระหว่างการอบรม

กรุณาตอบรับภายในวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓



**รายละเอียดประกอบการสมัครเข้ารับ
การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
เขตสุขภาพ ที่ ๑๓
วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร**

คุณสมบัติผู้เข้ารับการสมัคร

๑. แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ และหมอฟันบ้านที่ได้รับรอง
๒. ปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ/เอกชน/สถาบันการศึกษาหรือสถานพยาบาล
ด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์
๓. สามารถเข้ารับการฝึกอบรมตลอดระยะเวลาตามที่กำหนด

เอกสารประกอบการสมัคร

- | | | |
|--|---|----------------------|
| ๑. ใบสมัครเข้ารับการอบรม (ตามแบบฟอร์ม) | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาวุฒิการศึกษา | ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาใบประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย
/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ | ๑ | ฉบับ |
| ๔. ใบรับรองการปฏิบัติงานในหน่วยงาน/สถานพยาบาล | ๑ | ฉบับ |
| ๕. สำเนาใบอนุญาตเปิดสถานพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์
(กรณีปฏิบัติงานในสถานพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์) | ๑ | ฉบับ |
| ๖. รูปถ่าย ๒ นิ้ว | ๒ | รูป (ติดใบสมัคร๑รูป) |
- หมายเหตุ เอกสารสำเนาทุกฉบับให้รับรองสำเนาถูกต้อง

ระยะเวลาการอบรม ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

วิธีการรับสมัคร

ให้หน่วยงานต้นสังกัด เป็นผู้รวบรวมและส่งรายชื่อพร้อมเอกสารประกอบการสมัคร มายังสำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือส่งมาทางอีเมลล์ Cannabis.dtam@gmail.com จำนวนผู้เข้ารับการอบรม ๒ ท่าน/หน่วยงาน(มหาวิทยาลัย)

รูปแบบการจัดอบรม บรรยาย

ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม

๑. ไม่มีค่าลงทะเบียน
๒. ค่าพาหนะเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พักของผู้เข้าร่วมการอบรมฯเบิกจ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัด

หมายเหตุ

๑. อาหารกลางวัน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม หน่วยงานผู้จัด เป็นผู้จัดเลี้ยง
๒. ผู้ประสาน นายปิยะพงษ์ พุกะนัดด์ โทร. ๐๘ ๔๖๗๔ ๙๒๙๓
ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม สำนักงานจัดการกัญชาและกระท่อมทางการแพทย์แผนไทย
โทร. ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๔๗

ใบตอบรับการสมัครเข้ารับการอบรม
การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย
วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

.....
ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์/มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail Address.....

อาหารกลางวัน

- อาหารธรรมดา
- อาหารมังสวิรัต
- อาหารอิสลาม

กรุณาตอบรับภายในวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

รูปถ่าย 2 นิ้ว

วันที่สมัคร..... เดือน..... พ.ศ.....

การอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย

วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

อายุ (นับถึงวันสมัคร).....ปีเดือน.....วัน สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ี่สถานที่ทำงาน.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

- รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๒ รูป (ติดใบสมัคร ๑ รูป)
- สำเนาวุฒิการศึกษา
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
 - การแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เลขที่.....
 - การแผนไทยประยุกต์ เลขที่.....
- ใบรับรองการปฏิบัติงานในหน่วยงาน/สถานพยาบาล
 - | สำเนาใบอนุญาตเปิดสถานพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์
 - (กรณีปฏิบัติงานในสถานพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์)
- อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....