



ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย

ที่ ๓๐ /๒๕๖๘

เรื่อง การรับสมัครเข้ารับการศึกษาเลือก

การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย ๘ กลุ่มอาการ
โรค การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข โดย นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาการนวดไทย ด้วยการส่งเสริมและยกระดับอาชีพและวิชาชีพการนวดไทย ให้มีมาตรฐาน สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และสนับสนุนให้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการรักษาร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน โดยสภาการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประสานความร่วมมือเร่งเดินหน้าเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ในการรักษาโรค ๘ กลุ่มอาการ ด้านการนวดไทย ได้แก่ กลุ่มปวดกล้ามเนื้อ และเยื่อพังผืด (Office syndrome), โรคหัวไหล่ติด, โรคนิ้วล็อก, ภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (ปวดสลักเพชร), หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท, อัมพฤกษ์/อัมพาต, โรคปวดเข่า และกลุ่มระบบสืบพันธุ์ ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะที่ผู้ประกอบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ก็จะได้รับค่าตอบแทนหรือมีรายได้เพิ่มขึ้น เมื่อเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ด้านการนวดไทย

ด้วย สภาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการควบคุม กำกับ ส่งเสริม และพัฒนามาตรฐาน วิชาชีพและการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย ได้เล็งเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญการสร้างสรรค์ จากทุนทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพ ตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ดำเนินส่งเสริมการศึกษา การพัฒนามาตรฐานการให้บริการ และการฝึกอบรมความรู้ ตลอดจน ออกหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญ อันเป็นการส่งเสริมการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์แผนไทยและพัฒนา ศักยภาพผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมุ่งเน้น ให้มีความสำคัญในการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ เพื่อยกยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง ในการรักษาโรค ๗ กลุ่มอาการ ด้านการนวดไทย

ประกอบมติคณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ จึงออกประกาศรับสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญ เฉพาะทาง ด้านการนวดไทยรักษาโรค ๘ กลุ่มอาการ สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อ ๑ คุณสมบัติผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการศึกษาเลือกเพื่ออบรม

๑.๑ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย ด้านการนวดไทย หรือด้านการผดุงครรภ์ไทย (ระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๓ ปี หรือกรณีไม่น้อยกว่า ๓ ปี ให้แนบหนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน/ต้นสังกัด)

๑.๒ ไม่เป็นผู้กจริตพินเพื่อนไม่สมประกอบหรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

๑.๓ ไม่เคยถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๒ การสมัครเข้ารับการศึกษา

๒.๑ รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๗ มีนาคม - ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๘

๒.๒ ผู้สมัครสามารถดาวน์โหลดประกาศและเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ได้ที่เว็บไซต์สภาการแพทย์แผนไทย <https://thaimed.or.th/>

๒.๓ หรือขอรับใบสมัครเข้ารับการศึกษาแบบฟอร์มได้ที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย ในวันและเวลาราชการเท่านั้น ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

๒.๔ กรอกข้อมูลในใบสมัครให้ครบถ้วนและถูกต้อง

ข้อ ๓ แนบเอกสารประกอบการสมัคร

๓.๑ ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย

๓.๒ สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

๓.๓ สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๓ ปี หรือกรณีไม่น้อยกว่า ๓ ปี ให้แนบหนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน/ต้นสังกัด (สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย)

๓.๔ แบบรับรองตนเองและบรรยายประสบการณ์ความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ด้านการนวดไทยรักษาโรค ๘ กลุ่มอาการ (เลือก ๑ โรค/อาการ) ที่ต้องการขอการรับรองความรู้ความชำนาญ สามารถใส่รูปภาพประกอบได้ (เพื่อได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษและพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะทำงานฯ)

๓.๕ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๒๐๐ บาท

ข้อ ๔ ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร

๔.๑ ค่าธรรมเนียมการสมัคร ๒๐๐ บาท (ในกรณีไม่ผ่านการคัดเลือก ค่าธรรมเนียมการสมัครไม่สามารถเรียกคืนได้)

๔.๒ ชำระผ่านช่องทางดังนี้

โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒ ๐ ๑๗๕๓๘ ๖ ชื่อบัญชีสภาการแพทย์แผนไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ติวานนท์

ข้อ ๕ ส่งใบสมัครและเอกสารแนบ

๕.๑ ส่งใบสมัครและเอกสารแนบมาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์สภาการแพทย์แผนไทย thaimed.or.th@gmail.com

๕.๒ ส่งด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย ในวันและเวลาราชการ ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. เท่านั้น

ข้อ ๖ รอฟิจารณาและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

สภาการแพทย์แผนไทยจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ในวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๘ ที่เว็บไซต์สภาการแพทย์แผนไทย <https://thaimed.or.th/> และช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ของสภาการแพทย์แผนไทย

ทั้งนี้ การสมัครเข้ารับการคัดเลือกจะถือว่า มีผลสมบูรณ์ เมื่อผู้สมัครได้ดำเนินการครบทุกขั้นตอน ภายในระยะเวลาที่กำหนดและค่าธรรมเนียมการสมัคร ไม่สามารถขอคืนได้ โปรดตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน ก่อนส่งใบสมัคร หากมีข้อสงสัย ติดต่อ ๐๒ ๕๘๐ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒ หรือ ๑๗ (งานวิชาการ งานอบรม)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๘



(นายชานนิตี แสงอรุณ)

ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ

และรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

หมายเหตุ

๑. ค่าธรรมเนียมการอบรมยกระดับฯ จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (ชำระค่าธรรมเนียมส่วนนี้ได้ เมื่อสภาการแพทย์แผนไทยประกาศรายชื่อท่านเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกและมีสิทธิเข้ารับการอบรมดังกล่าว)

๒. ค่าธรรมเนียมขอรับหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท (ชำระค่าธรรมเนียมส่วนนี้ได้ เมื่อสภาการแพทย์แผนไทยประกาศรายชื่อท่านเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินและการอบรมแล้ว)



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support



ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย ๘ 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 (กรณีที่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีระยะเวลาไม่ถึง ๓ ปี)

๖.๔ แบบฟอร์มหนังสือรับรองตนเอง (เอกสารแนบท้ายใบสมัคร) เรื่อง ประสบการณ์ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย รักษาโรค ๘ กลุ่มอาการ (เลือก ๑ โรค/อาการ) ที่ต้องการขอการรับรองความรู้ความชำนาญ (สามารถใส่รูปภาพประกอบได้ (จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษและพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะทำงานฯ)

๖.๕ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๒๐๐ บาท

/๗. ท่านประสงค์...

๗. ท่านประสงค์เข้าอบรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญด้านการนวดไทย ๘ กลุ่มอาการโรคการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (เลือกได้เพียง ๑ กลุ่มอาการ)

- ๑. กลุ่มอาการโรคปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด
- ๒. กลุ่มอาการโรคหัวไหล่ติด
- ๓. กลุ่มอาการโรคนิ้วล็อก
- ๔. กลุ่มอาการโรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท
- ๕. กลุ่มอาการโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- ๖. กลุ่มอาการโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต
- ๗. กลุ่มอาการโรคปวดเข่า
- ๘. 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 ติวานนท์

ขั้นตอนที่ ๓ การส่งเอกสารการสมัคร ได้ทั้ง ๒ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ thaimed.or.th@gmail.com

ช่องทางที่ ๒ ส่งใบสมัครได้ด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย วันและเวลาราชการเท่านั้น

หมายเหตุ

๑. ค่าธรรมเนียมการอบรมยกระดับฯ จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สามารถชำระค่าธรรมเนียมส่วนนี้ได้เมื่อสภากาชาดแพทย์แผนไทยประกาศรายชื่อเป็นผู้มีสิทธิเข้ารับการฝึกอบรมดังกล่าว ตามข้อ ๖ รอฟิจารณาและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก)

๒. ค่าธรรมเนียมขอรับหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท เมื่อสภากาชาดแพทย์แผนไทยประกาศรายชื่อท่านเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินและการอบรมแล้ว

**ความยินยอมเพื่อเก็บรวบรวมใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัคร
ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒**

๑. ข้าพเจ้ายินยอม ให้องค์กรเก็บรวบรวมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาการสมัครงาน ได้แก่ เอกสารใบสมัครและเอกสารแนบ ทั้งนี้ เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติในการรับสมัครเข้าเป็นผู้เข้ารับการอบรมยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญ ด้านการนวดไทย

ยินยอม (Consent) ไม่ยินยอม (Decline)

๒. ข้าพเจ้ายินยอม ให้ส่วนงานเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เอกสารใบสมัครและเอกสารแนบ “ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือก และได้ยืนยันสิทธิ์เข้ารับการอบรมยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญ ด้านการนวดไทย” ทั้งนี้ เพื่อความจำเป็นด้านสิทธิประโยชน์ในการอบรมยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญ ด้านการนวดไทย

ยินยอม (Consent) ไม่ยินยอม (Decline)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
วันที่/...../.....

แบบฟอร์มหนังสือรับรองตัวเอง (แสดงความรู้ความชำนาญ)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง หนังสือรับรองตนเอง เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญ

เรียน เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย (ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองตัวเองว่า

๑. มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเป็นพิเศษ ในการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการนวดไทย สำหรับ ๘ กลุ่มอาการโรค (เลือกตอบได้เพียง ๑ โรค)

- [] ๑) กลุ่มโรคปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด เช่น อากการปวดบริเวณ คอ-บ่า-ไหล่ เนื่องจากออฟฟิศซินโดรม
- [] ๒) กลุ่มโรคหัวไหล่ติด หรือภาวะข้อไหล่ติด
- [] ๓) กลุ่มโรคนิ้วล็อก หรือภาวะนิ้วโกป็น
- [] ๔) โรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท
- [] ๕) กลุ่มโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- [] ๖) กลุ่มโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต
- [] ๗) กลุ่มอาการโรคปวดเข่า
- [] ๘) กลุ่มโรคระบบสืบพันธุ์ (สตรี) เช่น มดลูกต่ำ มดลูกตะแคง มดลูกถลอก และการดูแลแม่ก่อน-หลังคลอดบุตร

๒. นอกจากกลุ่มโรคที่เลือกตอบ ข้อ ๑. แล้วนั้น ยังมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเป็นพิเศษ ในการบำบัดรักษาโรค ด้วยวิธีการนวดไทย สำหรับ ๘ กลุ่มอาการโรคและโรคเพิ่มเติมอื่นๆ (เลือกตอบได้ทุกโรคที่ไม่ซ้ำกับ ข้อ ๑)

- [] ๑) กลุ่มโรคปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด เช่น อากการปวดบริเวณ คอ-บ่า-ไหล่ เนื่องจากออฟฟิศซินโดรม
- [] ๒) กลุ่มโรคหัวไหล่ติด หรือภาวะข้อไหล่ติด
- [] ๓) กลุ่มโรคนิ้วล็อก หรือภาวะนิ้วโกป็น
- [] ๔) โรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท
- [] ๕) กลุ่มโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- [] ๖) กลุ่มโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต
- [] ๗) กลุ่มอาการโรคปวดเข่า
- [] ๘) กลุ่มโรคระบบสืบพันธุ์ (สตรี) เช่น มดลูกต่ำ มดลูกตะแคง มดลูกถลอก และการดูแลแม่ก่อน-หลังคลอดบุตร

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

/๓. โปรดบรรยาย...

๓. โปรดบรรยายโดยสังเขป กรรมวิธีการนวดไทยในการบำบัดรักษาคนไข้ ซึ่งท่านมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเป็นพิเศษ สำหรับกลุ่มโรคที่เลือกตอบ ข้อ ๑. (สามารถใส่รูปภาพประกอบได้/ไม่บังคับ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทางกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

จึงขอรับรองมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ. หากไม่สามารถเขียนบรรยายจบในหน้าเดียวกันได้ ให้เขียนบรรยายต่อในหน้าถัดไป (พร้อมเซ็นรับรองเอกสารทุกหน้า)