



ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย

ที่ ๔๑ /๒๕๖๘

เรื่อง การรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก

การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย ๘ กลุ่มอาการ
โรค การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข โดย นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาการนวดไทย ด้วยการส่งเสริมและยกระดับอาชีพและวิชาชีพการนวดไทย ให้มีมาตรฐาน สร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และสนับสนุนให้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการรักษาร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน โดยสภาการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประสานความร่วมมือเร่งเดินหน้าเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในการรักษาโรค ๘ กลุ่มอาการ ด้านการนวดไทย ได้แก่ กลุ่มปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Office syndrome), โรคหัวไหล่ติด, โรคนิ้วล็อก, ภาวะกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท (ปวดสลักเพชร), หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท, อัมพฤกษ์/อัมพาต, โรคปวดเข่า และกลุ่มระบบสืบพันธุ์ ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะที่ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ก็จะได้รับค่าตอบแทนหรือมีรายได้เพิ่มขึ้น เมื่อเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ด้านการนวดไทย

ด้วย สภาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการควบคุม กำกับ ส่งเสริม และพัฒนามาตรฐานวิชาชีพและการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย ได้เล็งเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญการสร้างสรรค์จากทุนทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพ ตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ดำเนินส่งเสริมการศึกษา การพัฒนามาตรฐานการให้บริการ และการฝึกอบรมความรู้ ตลอดจนออกหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญ อันเป็นการส่งเสริมการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์แผนไทยและพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ เพื่อยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ในการรักษาโรค ๗ กลุ่มอาการ ด้านการนวดไทย

ประกอบมติคณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๘ จึงออกประกาศรับสมัครเข้ารับการคัดเลือกการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ด้านการนวดไทยรักษาโรค ๘ กลุ่มอาการ สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อ ๑ คุณสมบัติผู้มีสิทธิสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่ออบรม

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

๑.๒ ไม่เป็นผู้วิกลจริตเพี้ยนเพี้ยนไม่สมประกอบหรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

๑.๓ ไม่เคยถูกสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๒ การสมัครเข้ารับการคัดเลือก

๒.๑ รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๑ เมษายน - ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘

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

๒.๓ หรือขอรับใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกอบรมได้ที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย ในวันและเวลาราชการเท่านั้น ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

๒.๔ กรอกข้อมูลในใบสมัครให้ครบถ้วนและถูกต้อง

ข้อ ๓ แนบเอกสารประกอบการสมัคร

๓.๑ ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย จำนวน ๑ รูป ขนาด ๑ นิ้ว หน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน

๓.๒ รูปถ่ายสำหรับติดหนังสือรับรองความชำนาญฯ จำนวน ๑ รูป ขนาด ๑ นิ้ว หน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน (ในกรณีที่ต้องการใบแปลภาษาอังกฤษให้แนบเพิ่มอีก ๑ รูป)

๓.๓ สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

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

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

๓.๖ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๒๐๐ บาท

ข้อ ๔ ชำระค่าธรรมเนียม

๔.๑ ค่าธรรมเนียมการสมัคร ๒๐๐ บาท (ในกรณีไม่ผ่านการคัดเลือก ค่าธรรมเนียมการสมัครไม่สามารถเรียกคืนได้)

๔.๒ ค่าธรรมเนียมการอบรมยกระดับ จำนวน ๒,๐๐๐ บาท (ชำระค่าธรรมเนียมส่วนนี้ได้เมื่อสภาการแพทย์แผนไทยประกาศรายชื่อท่านเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกและมีสิทธิเข้ารับการอบรมดังกล่าว)

๔.๓ ชำระผ่านช่องทางดังนี้

โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒ ๐ ๑๗๕๓๘ ๖ ชื่อบัญชีสภาการแพทย์แผนไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข ตีวานนท์

ข้อ ๕ ส่งใบสมัครและเอกสารแนบ

๕.๑ ส่งใบสมัครและเอกสารแนบมาทางไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ (EMS ถึงเลขาธิการ สภาการแพทย์แผนไทย ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ สภาการแพทย์แผนไทย) อาคาร ๑ ชั้น ๔ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ หรือ

๕.๒ ส่งใบสมัครและเอกสารแนบมาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์สภาการแพทย์แผนไทย ttmc0012@gmail.com

๕.๓ ส่งด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย ในวันและเวลาราชการ ๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เท่านั้น

ข้อ ๖ รอฟิจารณาและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

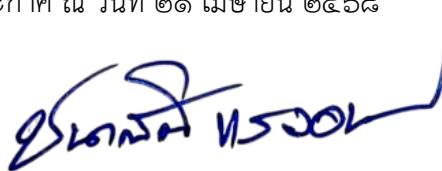
สภาการแพทย์แผนไทยจะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ผ่านทางเว็บไซต์สภาการแพทย์แผนไทย <https://thaimed.or.th/> และช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ของสภาการแพทย์แผนไทย

ข้อ ๗ วัน เวลา และสถานที่จัดอบรม

สภาการแพทย์แผนไทยจะประกาศ วัน เวลา และสถานที่จัดอบรม ผ่านทางเว็บไซต์สภาการแพทย์แผนไทย <https://thaimed.or.th/> และช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ของสภาการแพทย์แผนไทย

ทั้งนี้ การสมัครเข้ารับการคัดเลือกจะถือว่าผู้มีผลสมบูรณ์ เมื่อผู้สมัครได้ดำเนินการครบทุกขั้นตอน ภายในระยะเวลาที่กำหนดและค่าธรรมเนียมการสมัคร ไม่สามารถขอคืนได้ โปรดตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน ก่อนส่งใบสมัคร หากมีข้อสงสัย ติดต่อ ๐๒ ๕๘๐ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒ (งานวิชาการ)

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๘



(นายชนาดี แสงอรุณ)

ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ

และรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

หมายเหตุ

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

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



สภาการแพทย์แผนไทย
Thai Traditional Medical Council



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

ติดรูป
๑ นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการศึกษา
การยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญ
เฉพาะทางด้านการนวดไทย ๘ กลุ่มอาการโรค
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ขอความกรุณา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... สกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
๒. วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน.....ศาสนา.....
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)
- (ด้านผดุงครรภ์สามารถเลือกได้เฉพาะกลุ่มอาการโรคระบบสืบพันธุ์เท่านั้น)
- ☐ ด้านการนวดไทย เลขที่ ออกให้ ณ วันที่ (ปฏิทิน)
- ☐ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ เลขที่ ออกให้ ณ วันที่(ปฏิทิน)

๖. เอกสารประกอบการสมัครอบรม

๖.๑ ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย จำนวน ๑ รูป ขนาด ๑ นิ้ว หน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน

๖.๒ รูปถ่ายสำหรับติดหนังสือรับรองความชำนาญฯ จำนวน ๑ รูป ขนาด ๑ นิ้ว หน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา ดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน (ในกรณีที่ต้องการใบแปลภาษาอังกฤษให้แนบเพิ่มอีก ๑ รูป)

๖.๓ สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)

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

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

๖.๗ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๒๐๐ บาท

๗. ท่านประสงค์เข้าอบรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญด้านการตรวจโรค รักษาโรค ๘ กลุ่มอาการโรค การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (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 ดิวนนท์

ขั้นตอนที่ ๓ การส่งเอกสารการสมัคร ได้ทั้ง ๓ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑ ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ EMS

เรียน เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

(ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพฯ)

สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑ ชั้น ๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ถนนดิวนนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ช่องทางที่ ๒ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ thaimedo๑๐๑@gmail.com

ช่องทางที่ ๓ ส่งใบสมัครได้ด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย วันและเวลาราชการเท่านั้น

หมายเหตุ

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

๒. ค่าธรรมเนียมขอรับหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท เมื่อสภาการแพทย์แผนไทยประกาศรายชื่อท่านเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินและการอบรมแล้ว

ความยินยอมเพื่อเก็บรวบรวมใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัคร ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒

๑. ข้าพเจ้ายินยอม ให้หน่วยงานเก็บรวบรวมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาการสมัครงาน 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)

/แบบฟอร์ม...

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง หนังสือรับรองตนเอง เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญ

เรียน เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย (ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพฯ)

ข้าพเจ้าขอรับรองตัวเองว่า

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

- ☐ ๑) กลุ่มโรคปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด เช่น อาการปวดบริเวณ คอ-บ่า-ไหล่ เนื่องจากออฟฟิศซินโดรม
- ☐ ๒) กลุ่มโรคหัวไหล่ติด หรือภาวะข้อไหล่ติด
- ☐ ๓) กลุ่มโรคนิ้วล็อก หรือภาวะนิ้วโป่ง
- ☐ ๔) กลุ่มโรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท
- ☐ ๕) กลุ่มโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- ☐ ๖) กลุ่มโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต
- ☐ ๗) กลุ่มอาการโรคปวดเข่า
- ☐ ๘) กลุ่มโรคระบบสืบพันธุ์ (สตรี) เช่น มดลูกต่ำ มดลูกตะแคง มดลูกถ่วง และการดูแลแม่ก่อน-หลังคลอดบุตร

๒. นอกจากกลุ่มโรคที่เลือกตอบ ข้อ ๑. แล้วนั้น ยังมีมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเป็นพิเศษ ในการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีการนวดไทย สำหรับ ๘ กลุ่มอาการโรคและโรคเพิ่มเติมอื่นๆ (เลือกตอบได้ทุกโรคที่ไม่ซ้ำกับ ข้อ ๑)

- ☐ ๑) กลุ่มโรคปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด เช่น อาการปวดบริเวณ คอ-บ่า-ไหล่ เนื่องจากออฟฟิศซินโดรม
- ☐ ๒) กลุ่มโรคหัวไหล่ติด หรือภาวะข้อไหล่ติด
- ☐ ๓) กลุ่มโรคนิ้วล็อก หรือภาวะนิ้วโป่ง
- ☐ ๔) กลุ่มโรคกล้ามเนื้อสะโพกหนีบเส้นประสาท
- ☐ ๕) กลุ่มโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
- ☐ ๖) กลุ่มโรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต
- ☐ ๗) กลุ่มอาการโรคปวดเข่า
- ☐ ๘) กลุ่มโรคระบบสืบพันธุ์ (สตรี) เช่น มดลูกต่ำ มดลูกตะแคง มดลูกถ่วง และการดูแลแม่ก่อน-หลังคลอดบุตร
- ☐ ๙) กลุ่มโรคเพิ่มเติมอื่น ๆ คือ

.....
.....

/๓. โปรดบรรยาย...

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ทั้งนี้ ขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทางกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

จึงขอรับรองมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ หากไม่สามารถเขียนบรรยายจบในหน้าเดียวกันได้ ให้เขียนบรรยายต่อในหน้าถัดไป (พร้อมเซ็นรับรองเอกสารทุกหน้า)