



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 (ที่มีระยะเวลาไม่น้อย
กว่า ๓ ปี) หรือ หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน/ต้นสังกัด (กรณีที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์
แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีระยะเวลาไม่ถึง ๓ ปี)

๖.๕ แบบฟอร์มหนังสือรับรองตนเอง (เอกสารแนบท้ายใบสมัคร) เรื่อง ประสบการณ์ความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการนวดไทย รักษาโรค ๘ กลุ่มอาการ (เลือก ๑ โรค/อาการ) ที่ต้องการขอการรับรองความรู้ความชำนาญ (สามารถใส่รูปภาพประกอบได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษและพิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะทำงานฯ)

๖.๖ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน ๒๐๐ บาท

๗. ท่านประสงค์เข้าอบรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญด้านการนวดไทย 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 สาขากะทรวงสาธารณสุข ติวานนท์

ขั้นตอนที่ ๓ การส่งเอกสารการสมัคร ได้ทั้ง ๓ ช่องทาง

ช่องทางที่ ๑ ไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ (EMS)

เรียน เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

(ประธานคณะกรรมการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพฯ)

สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย อาคาร ๑ ชั้น ๔

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ช่องทางที่ ๒ ส่งใบสมัครในรูปแบบไฟล์ ที่อีเมล thaimed.technical@gmail.com

ช่องทางที่ ๓ ส่งใบสมัครได้ด้วยตนเองที่สำนักงานสภาการแพทย์แผนไทย วันและเวลาราชการเท่านั้น

หมายเหตุ

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

๒. ค่าธรรมเนียมขอรับหนังสือแสดงความรู้ความชำนาญ จำนวน ๑,๐๐๐ บาท เมื่อสภาการแพทย์แผนไทยประกาศรายชื่อท่านเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การประเมินและการอบรมแล้ว

ความยินยอมเพื่อเก็บรวบรวมใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัคร ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.๒๕๖๒

๑. ข้าพเจ้ายินยอม ให้หน่วยงานเก็บรวบรวมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาการสมัครงาน ได้แก่ เอกสารใบสมัคร และเอกสารแนบ ทั้งนี้ เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติในการรับสมัครเข้าเป็นผู้เข้ารับการอบรมยกระดับมาตรฐานวิชาชีพ และรับรองความรู้ความชำนาญ ด้านการนวดไทย

☐

ยินยอม (Consent)

☐

ไม่ยินยอม (Decline)

๒. ข้าพเจ้ายินยอม ให้ส่วนงานเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เอกสารใบสมัครและเอกสารแนบ “ในกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือก และได้ยืนยันสิทธิเข้ารับการอบรมยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและรับรองความรู้ความชำนาญ 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 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 มดลูกลอย และการดูแลแม่ก่อน-หลังคลอดบุตร

๒. นอกจากกลุ่มโรคที่เลือกตอบ ข้อ ๑. แล้วนั้น ยังมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเป็นพิเศษ ในการบำบัดรักษาโรค ด้วยวิธีการนวดไทย 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 มดลูกลอย 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)