



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม งานสนับสนุนการสร้างสุขภาพภาคประชาชน โทร ๐-๔๒๕๑-๑๔๑๐

ที่ นพ ๐๐๒๗.๐๐๓.๖ / ๖ ๕๖๗

วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอให้ส่งรายชื่อ อสม. เพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งและสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โดยงานสนับสนุนการสร้างสุขภาพภาคประชาชน จะจัดทำแผนงานโครงการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - มีนาคม ๒๕๕๕ เพื่อปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ยังขาดแคลนผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง ในการให้บริการงานการแพทย์แผนไทย นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จึงขอให้ท่านส่งรายชื่อ อสม. เพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง ส่งไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ ดังรายละเอียดเป้าหมายการอบรมฯ เป็นรายอำเภอ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นายวิรัช ชีวเรืองโรจน์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

เป้าหมายจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่ส่ง อสม.อบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนสถานบริการ (รพ.+รพ.สต.+สอ.)	จำนวนสถาน	จำนวน
			บริการ	โคเวตต้า อสม.
			แห่ง	คน
๑.	เมือง	๒๖	๗	๗
๒.	ปลาปาก	๑๐	๑	๑
๓.	ศรีสงคราม	๑๙	๖	๖
๔.	บ้านแพง	๑๐	๔	๔
๕.	นาแก	๑๙	๖	๖
๖.	ท่าอุเทน	๑๘	๕	๕
๗.	นาหว้า	๑๐	๐	๐
๘.	โพนสวรรค์	๑๒	๓	๓
๙.	นาทม	๖	๓	๓
๑๐.	ธาตุพนม	๑๖	๖	๖
๑๑.	เรณูนคร	๑๑	๕	๕
๑๒.	วังยาง	๕	๓	๓

**หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (๓๗๒ ชั่วโมง) และข้อมูลเบื้องต้น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม**

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

๑. มีอายุระหว่าง ๒๐ – ๕๐ ปี
๒. วุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ ๓ หรือเทียบเท่า
๓. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จริงโดยต้องมีหนังสือรับรองจาก
ผู้บังคับบัญชา หน่วยบริการนั้นๆ ตามลำดับขั้นตอน
๔. ไม่เป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ
๕. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต
๖. ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
๗. กรณีเป็นเพศหญิง ต้องไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

วัน เวลา สถานที่อบรม

ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม ๒๕๕๕ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
จำนวน ๒ เดือน (อบรมในวันจันทร์ถึงศุกร์ หยุดวันเสาร์, อาทิตย์) รวม ๓๗๒ ชั่วโมง (ทฤษฎี ๙๑ ชั่วโมง
ภาคปฏิบัติ ๑๖๑ ชั่วโมง และฝึกงานภาคสนาม ๑๒๐ ชั่วโมง)

การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม จำนวน ๗๐ ราย

ฝึกปฏิบัติงานภาคสนามวันที่ ๑ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๕ ที่โรงพยาบาล หรือสถานอนามัย ที่มีวิทยากรครู
ฝึก หรือเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ ควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติงานภาคสนาม

ค่าใช้จ่าย

๑. ค่าใช้จ่ายเบิกจากโครงการ
 - ค่าอาหารผู้อบรมและวิทยากร วันละ ๓ มื้อ จำนวน ๒๘ วัน
 - ค่าที่พักผู้อบรมและวิทยากร จำนวน ๒๘ วัน
 - ค่าจัดทำเอกสารและใบประกาศนียบัตร
 - ค่าสมนาคุณวิทยากร
 - ค่าพาหนะเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ผู้เข้าอบรมและวิทยากร

การเตรียมตัวในระหว่างการอบรม

๑. เตรียมเสื้อผ้า และของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดตัว ยาสีฟัน แปรงสีฟัน สบู่ แชมพู ขันน้ำ
ไฟฉาย ผงซักฟอก และอื่นๆ
๒. เตรียมยารักษาโรค (กรณีมีโรคประจำตัว)
๓. สวมใส่เสื้อผ้าสุภาพและสะดวกต่อการฝึกปฏิบัติ เช่น ไม่สวมกางเกงยีนส์ กางเกงขาสั้น
เสื้อรัดรูป เกะออก สายเดี่ยว เสื้อชีทูลู
๔. ปฏิบัติตามข้อกำหนดของผู้จัดการอบรมและวิทยากรอย่างเคร่งครัด

หมายเหตุ

ระยะเวลาการอบรมหรือกำหนดการต่างๆ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมตามโครงการ
โดยจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

**ผู้ประสานงาน นายบุญเลิศ คลีล้วน ๐๘๙ – ๖๑๙๙๐๖๐ งานสนับสนุนการสร้างสุขภาพภาคประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม**

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว)
เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. อายุ (นับถึงวันสมัคร)ปี.....เดือน.....วัน
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ออกให้ที่
วันที่ออก.....วันที่หมดอายุ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
.....โทรศัพท์.....
วุฒิทางการศึกษา.....
หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เคยให้บริการนวดมานาน.....ปี.....เดือน

หลักฐานประกอบการสมัคร

- | | |
|---|--|
| ☐ สำเนาวุฒิการศึกษา ๑ ชุด | ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ชุด |
| ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ชุด | ☐ สำเนาใบประกาศวุฒิทางการนวดไทย |
| ☐ หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา | ☐ สำเนาบัตรประจำตัว อสม. |
| ☐ รูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว ๓ รูป | ☐ อื่นๆ(ถ้ามี)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า จะสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมการอบรมได้ตลอดหลักสูตรทั้งในการฝึกอบรมและภาคปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า.....เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จริงสามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร ทั้งในการฝึกอบรมและฝึกภาคปฏิบัติ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....