



ที่ สร.๐๐๓๒.๐๑๐.๐๒ / ว มม๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
ถนนกรุงศรีนอก อำเภอเมืองสุรินทร์
จังหวัดสุรินทร์ ๓๒๐๐๐

๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์รับสมัครเข้ารับการศึกษาคือ และอบรมระยะสั้น (๔ เดือน) สำหรับพัฒนาศักยภาพ
ทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศีขรภูมิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และ หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๕/๒๐๖๕
ลงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์หลักสูตรการศึกษาคือต่อระดับปริญญาตรี
ปริญญาโท และอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) สำหรับทันตบุคลากร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อ
ขอรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนฯ ขอให้รวบรวมส่งหลักฐาน ไปยังกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ขอประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรมฯ ดังกล่าว
ข้างต้น และขอความร่วมมือดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งผู้สนใจกรอกใบสมัคร โดยเลือกสมัครเข้าศึกษาหรืออบรมได้เพียง ๑ หลักสูตร (ระบ
มหาวิทยาลัย ๒ อันดับ) ทั้งนี้ให้แนบแผนแสดงความจำนงลาศึกษา ปี ๒๕๖๕ มาพร้อมด้วย
๒. หน่วยงานรวบรวมใบสมัครฯ และจัดทำแบบฟอร์มรายละเอียดผู้ขอรับเงินสนับสนุนฯ สำหรับ
ทันตแพทย์ และทันตภิบาล เสนอผู้บังคับบัญชาพิจารณาเพื่อลงนามอนุมัติ ส่งถึงงานพัฒนาบุคลากร ภายใน
วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ หากเกินกำหนดถือว่าสละสิทธิ์ และส่ง File แบบฟอร์มรายละเอียดผู้ขอรับเงิน
สนับสนุนฯ ที่ Email: nwhangsudee@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร ๐ ๔๔๕๑ ๘๔๐๒-๕ ต่อ ๑๓๓

โทรสาร ๐ ๔๔๕๑ ๒๓๕๓

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabanusm@noph.go.th

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

“รู้หน้าที่ มีน้ำใจ ใส่ใจส่วนรวม”

9 3/2/65

รวม

งานพัฒนาบุคลากร
รับเลขที่ 183
- 1 กพ. 2565 13.55

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่ 1449
วันที่ - 1 กพ. 2565 น.

ด่วนที่สุด



สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๕/๒๐๖๕

๗) มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์หลักสูตรและรับสมัครเข้ารับการศึกษ และอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน)
สำหรับพัฒนาศักยภาพทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดหลักสูตร และเอกสารต่าง ๆ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการจัดสรรงบประมาณ งบเงินอุดหนุน
โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (สำหรับทันตแพทย์และทันตภิบาล
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อสนับสนุนค่าลงทะเบียนการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท
และอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) ให้กับบุคลากรทันตสาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อที่จะดำเนินการพัฒนาบุคลากรตามแผนงาน/โครงการ นั้น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์หลักสูตรการศึกษาต่อ
ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) สำหรับทันตบุคลากร ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๕ ในหน่วยงานของท่าน และรับสมัครผู้เข้ารับการศึกษต่อและอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน)
โดยบันทึกรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการศึกษต่อและอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) ลงในแบบฟอร์ม
รายละเอียดผู้ขอรับเงินสนับสนุนค่าลงทะเบียนสำหรับทันตแพทย์ และทันตภิบาล เพื่อเสนอคณะกรรมการ
จัดสรรทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนเพื่อศึกษต่อและอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) สำหรับทันตบุคลากร
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาต่อไป ทั้งนี้ ผู้ประสงค์สมัครเข้ารับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติ
ตามที่กำหนด และขอให้ส่วนราชการรวบรวมและส่งใบสมัครฯ ไปยังกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข ภายในวันศุกร์ที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕ (เวลาราชการ) ผู้ที่สนใจสามารถดาวน์โหลดเอกสาร
ได้ที่ QR Code หรือ Short Link ด้านล่าง

เรียน นน.สรจ. สุรินทร์
- ด่วน ด่วน. หลังปิดรับสมัครหลักสูตรเพื่อเด็กพิเศษครอบครัว
บนพื้นที่ (4 เดือน) สำหรับทันตบุคลากร งบเงิน 2565
- เบื้องต้น หลัง นส. นก นส. ทกนท หรือเห็นหน้า
กลุ่มงานทันตกรรม ๕๕๖.๕๕๖๕ ๕๕๖.๕๕๖๕
พบเงินขอไปเดิลาทมิในหัวข้อที่แนบมา
ณ
ณ.ร.วิมล นร.๕๕๖๕
นักพัฒนาบุคลากร
1 ก.พ. 65 กองบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๓๔๔
โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๓๔๔

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุระ วิเศษศักดิ์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 โทร อีเมล ลงนามแล้ว
 มอบ.....
.....



<https://moph.cc/dzhPg1fEh>

(นายประเสริฐ ยิ่งสุข)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

การคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาต่อและอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน)
โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติ

๑. ปฏิบัติราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี (สำหรับข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ)
๒. ปฏิบัติราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี (สำหรับพนักงานกระทรวงสาธารณสุข)
๓. มีประสบการณ์ทำงานและภาระหน้าที่ความรับผิดชอบด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสาขา/หลักสูตรที่สมัครเข้ารับการศึกษา
๔. หลังสำเร็จการศึกษาต้องเข้าปฏิบัติราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
๕. ได้รับการอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาหน่วยงานต้นสังกัด

หลักสูตรที่เปิดรับสมัคร/เงินสนับสนุน

หลักสูตรสำหรับทันตแพทย์

ระดับปริญญาโท (งบประมาณที่ใช้ ๑๕๐,๐๐๐ บาท/ทุน/คน/ปี)

(รับสมัครเฉพาะข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

๑. ทันตกรรมผู้สูงอายุ : มหาวิทยาลัยมหิดล/มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ/จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/มหาวิทยาลัยนเรศวร

หลักสูตรระยะสั้น ๔ เดือน (งบประมาณที่ใช้ ๑๐๐,๐๐๐ บาท/ทุน/คน)

(รับสมัครเฉพาะข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

๑. ทันตกรรมผู้สูงอายุ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยมหิดล/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ/มหาวิทยาลัยขอนแก่น/มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/มหาวิทยาลัยนเรศวร
๒. ปรีทันตวิทยา : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยมหิดล/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ/มหาวิทยาลัยขอนแก่น/มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/มหาวิทยาลัยนเรศวร
๓. ทันตกรรมประดิษฐ์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยขอนแก่น/มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์/มหาวิทยาลัยนเรศวร
๔. ทันตกรรมประดิษฐ์ (บูรณะขากรรไกรและใบหน้า) : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยขอนแก่น/มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๕. เวชศาสตร์ช่องปาก : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยมหิดล/มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ/มหาวิทยาลัยขอนแก่น/มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/มหาวิทยาลัยนเรศวร
๖. ทันตกรรมครอบครัวและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ/มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๗. ทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง : โรงพยาบาลราชวิถีร่วมกับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
๘. ความเจ็บปวดช่องปากใบหน้าและทันตนิทราเวช : มหาวิทยาลัยขอนแก่น

หลักสูตร...

หลักสูตรสำหรับทันตภิบาล

ระดับปริญญาตรีต่อเนื่อง ๒ ปี (งบประมาณที่ใช้ ๘๐,๐๐๐ บาท/ทุน/คน/ปี)

(รับสมัครเฉพาะข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

๑. วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๒. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หลักสูตรระยะสั้น ๔ เดือน (งบประมาณที่ใช้ ๘๐,๐๐๐ บาท/ทุน/คน)

(รับสมัครเฉพาะข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข)

๑. การพัฒนานักวิชาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับทันตภิบาล :

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น/วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี/วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

หมายเหตุ : ทุกหลักสูตร ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และหลักสูตรระยะสั้น ๔ เดือน เลือกสมัครได้เพียง

- ๑ หลักสูตรเท่านั้น พร้อมระบุมหาวิทยาลัย (ระบุได้ ๒ อันดับ) ทั้งนี้ จะดำเนินการพิจารณาคัดเลือกผู้ขอรับเงินสนับสนุนการศึกษา โดยคณะกรรมการจัดสรรทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนเพื่อศึกษาต่อและอบรมระยะสั้น (หลักสูตร ๔ เดือน) สำหรับทันตบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หลักสูตรทันตแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

| ลำดับ | ชื่อหลักสูตร | หลักสูตร | สถาบันที่เปิดสอน/อบรม | จำนวนที่ไปได้ (คน) | วันที่เปิดเรียน | วันที่จบการศึกษา | งบประมาณที่ใช้จ่าย/คน/ปี/รุ่น (บาท) | สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม (ชื่อ เบอร์โทร) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|-----------------|------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | ทันตกรรมประดิษฐ์ | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | 20 | 5 ก.ย. 2565 | 9 ธ.ค. 2565 | 100,000 | 1.ศศ.ชญ.ดร.อรพิน โคนิน โทร. 083-605-1313 /Orapin.prosthodonticscu@gmail.com 2.หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง โทร.02-218-9016 |
| | | | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | 10 | มิ.ย. 2565 | ก.ย. 2565 | 100,000 | คุณสมร แสงชัย โทร.093-592-6941 |
| | | | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | 40 | 4 ก.ค. 2565 | 7 ต.ค. 2565 | 100,000 | ศศ.ทพญ.ดร. พิมพ์เดือน รังสิยากุล/คุณชัชวิทย์ ชาติคำ โทร.053944438 |
| | | | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | 15 | มิ.ย. 2565 | ก.ย. 2565 | 100,000 | ศศ.ดร.ทพ. อัมมมงคล เข็มพริ้ง โทร. 081-6912241 E-mail: mongkon.5c@gmail.com |
| | | | มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ | 10 | 27 มิ.ย. 2565 | 7 ก.ย. 2565 | 100,000 | นางสมจิต ตีตน้อย ภาควิชาทันตกรรมบูรณะ โทร.0-5596-6066 |
| 5 | ทันตกรรมประดิษฐ์ (บูรณะขากรรไกรและใบหน้า) | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | 5 | 9 พ.ค. 2565 | 5 ส.ค. 2565 | 100,000 | 1. ศศ.ทพญ.ดร.อรพิน โคนิน โทร.083-605-1313 อีเมล Orapin.prosthodonticscu@gmail.com 2.หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง โทร.02-218-9016 |
| | | | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | 5 | มิ.ย. 2565 | ก.ย. 2565 | 100,000 | คุณอมมา วงศ์นาค โทร. 062-894-1249 |
| | | | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | 5 | พ.ค. 2565 | ส.ค. 2565 | 100,000 | รศ.ทพญ.ดร. พนารัตน์ ขอดแก้ว ศูนย์บูรณะช่องปากและใบหน้า โทร. 053-944443 |
| 6 | เวชศาสตร์ช่องปาก | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | 5 | 4 ก.ค. 2565 | 7 ต.ค. 2565 | 100,000 | 1.รศ.ทพ.ดร.ชญาวิทย์ ประพัฒน์จัญญู โทร.02-218-8942 2.หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง โทร.02-218-9016 |
| | | | มหาวิทยาลัยมหิดล | 5 | เม.ย. 2565 | ก.ค. 2565 | 100,000 | 1.รศ.ดร.ทพญ.วรางคณา ชิดช่วงชัย โทร.089-992-4003 2.อาจารย์ ดร.ทพญ.ศุภันยา พิมพ์บุตร โทร.087-901-4545 |
| | | | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ | 5 | ก.ย. 2565 | ธ.ค. 2565 | 100,000 | รศ.ดร.ทพ.สรลลันท์ รังสิยานนท์ โทร. 081-8226131 |
| | | | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | 5 | พ.ค. 2565 | ส.ค. 2565 | 100,000 | คุณนิรมลสุดา ไปร้งเมธี โทร.089-841-3011 |
| | | | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | 5 | มิ.ย. 2565 | ก.ย. 2565 | 100,000 | ศศ.ทพ.ดร.จิตติโรจน์ อีพิชัยเจริญ โทร.053-944451 |
| | | | มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ | 5 | 27 มิ.ย. 2565 | 7 ก.ย. 2565 | 100,000 | นางสาวเกศย์รัตน์ พรหมศรี ภาควิชาทันตกรรมวิจิตรศิลป์ โทร.0-5596-6066 |
| 7 | ทันตกรรมครอบครีวและทูนซน สำหรับผู้สูงอายุ | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ | 10 | มิ.ย. 2565 | ก.ย. 2565 | 100,000 | อ.ทพ.ธงชัย จิตมิตรสัมพันธ์ โทร.086-360-0128 |
| | | | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | 10 | มิ.ย. 2565 | ต.ค. 2565 | 100,000 | ศศ.ปิยะฉัตร พิธีราษฎร์ โทร.043-202-405 ต่อ 45142 |
| 8 | ทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | โรงพยาบาลราชวิถีร่วมกับ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี | 6 | 6 มิ.ย. 2565 | 9 ก.ย. 2565 | 100,000 | หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง โทร.02-218-9016 |
| 9 | ความเจ็บปวดช่องปากใบหน้าและ ทันตศัลยกรรม (Orofacial Pain and Dental Sleep Medicine) | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | มหาวิทยาลัยขอนแก่น | 5 | พ.ค. 2565 | ส.ค. 2565 | 100,000 | คุณอมมา วงศ์นาค โทร.062-894-1249 |

หลักสูตรทันตแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

| ลำดับ | ชื่อหลักสูตร | หลักสูตร | สถาบันที่เปิดสอน/อบรม | จำนวนที่รับได้ (คน) | วันที่เปิดเรียน | วันเพิกการศึกษา | งบประมาณที่ได้ (บาท) | สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม (ชื่อ เบอร์โทร) |
|-------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ทันตกรรมผู้สูงอายุ | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ | 15 10 10 15 10 10 | 6 มิ.ย. 2565 มิ.ย. 2565 1 ส.ค. 2565 มิ.ย. 2565 มิ.ย. 2565 27 มิ.ย. 2565 | 9 ก.ย. 2565 ก.ย. 2565 25 พ.ย. 2565 ก.ย. 2565 ก.ย. 2565 7 ก.ย. 2565 | 100,000 100,000 100,000 100,000 100,000 100,000 | 1. ศศ. พญ. ดร.อัญชลี วัชรภักขะ โทร.086-891-6070,02-218-8812 2. หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง โทร.02-218-9016 ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องและบริการวิชาการ โทร. 02-200-7642 รศ.ดร.พญ. พรสวรรค์ อนุจรวงศ์ โทร.081-496-9562 คุณณัฐนิชา พอลางนอก โทร.099-025-2221 อ.พญ.ดร.ปิณิพัทธ์ วัฒนีย์สายทอง โทร. 053-944468 อีเมลล์ pipinut.w@cnu.ac.th นางสาวณัฐนิชาภรณ์ คำเหลือง ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน โทร. 0-5596-6066 รศ.ดร.ทพ.ชัช อนุรัตน์ โทร.081-444-5111 อ.พญ. ดร. นัทธา เกตุระทัต 084-714-1100 อีเมลล์ matana@gmail.com รศ.ดร.พญ. พรสวรรค์ อนุจรวงศ์ โทร.081-496-9562 1.ศศ. พญ. ดร.อัญชลี วัชรภักขะ (086-891-6070,02-218-8812) 2.หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง (02-218-9016*) แพรวไพลิน สุระชัย โทร. 0-5394-4420 อีเมลล์ praewpailin.th.cnu.ac.th 1. นางสาววิญญา สร้อยโยมงาม งานการศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ 0-5596-6033 2. หน่วยรับเข้าศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (0-5596-8840, 0-5596-8703) 1.น.ส.ประภัสส วารินทร์ โทร. 02-218-8849 ถึง 50 2.หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง โทร. 02-218-9016 อ.พญ.ณาคดา นพรัตนกานต์ โทร. 089-6998596 อ.ดร.พญ.รุ่งจิรา ศรีสุวรรณตา โทร. 081 - 9500807 คุณสมร แสงชัย โทร. 093-592-6940 ศศ.พญ.ดร.ปิยะบุษ เพิ่มพานิช/นศ.พญ.สุพิชรา แสงอินทร์ โทร.053-944467 นางสาวณัฐนิชาภรณ์ คำเหลือง ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน โทร.0-5596-6066 |
| 2 | วิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์ (กลุ่ม วิชาทันตกรรมผู้สูงอายุ) | ปริญญาโท (ต่อเนื่อง 2 ปี) | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | 5 | ก.ค. 2565 | ส.ค. 2567 | 150,000 | |
| 3 | ปริบทันตวิทยา | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ | 10 5 10 10 10 | มิ.ย. 2565 พ.ค. 2565 มิ.ย. 2565 มิ.ย. 2565 ก.ค. 2565 | ก.ย. 2565 ส.ค. 2565 ก.ย. 2565 ก.ย. 2565 ค.ค. 2565 | 100,000 100,000 100,000 100,000 100,000 | |

หลักสูตรทันตภิบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

| ลำดับ | ชื่อหลักสูตร | หลักสูตร | สถานที่เปิดสอน/อบรม | จำนวนที่รับได้ (คน) | วันที่เปิดเรียน | วันจบการศึกษา | งบประมาณที่ได้ (บาท) | สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม (ชื่อ เบอร์โทร) |
|-------|----------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|----------------------|---------------------------------------------------|
| 1 | วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข | ปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | 35 | 7 พ.ค. 2565 | 30 เม.ย. 2567 | 80,000 | ศ.พ.ดร.สุธี สุขสุดช โทร.087-715-3743 |
| 2 | สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข | ปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ | 20 | 1 ส.ค. 2565 | 31 พ.ค. 2567 | 80,000 | อ.พญ. เสรีนา สิริรัตน์ สกุลฉะฉาน โทร.085-159-1082 |
| 2 | การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ชองปากผู้สูงอายุ สำหรับทันตภิบาล | อบรมระยะสั้น 4 เดือน | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี | 30 | 19 เมษายน 2565 | 22 ก.ค. 2565 | 80,000 | นางจรัสลักษณ์ หินซุย โทร.08-6457-9382 |
| | | | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี | 30 | พฤษภาคม 2565 | สิงหาคม 2565 | 80,000 | ทพ.ภาสกร ศรีไทย โทร.093-9956351 |
| | | | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี | 30 | พฤษภาคม 2565 | สิงหาคม 2565 | 80,000 | อ.รับขวัญ เชื้อดี โทร.088-5837894 |
| | | | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดศรีสะเกษ | 30 | พฤษภาคม 2565 | กันยายน 2565 | 80,000 | ทพญ.ดร.ภักดีสา คนสุภาพ โทร.0872663599 |
| | | | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา | 30 | 19 เมษายน 2565 | 22 กรกฎาคม 2565 | 80,000 | ทพญ.พริษา ผาดีวิจิตรวงศ์ โทร.0817668562 |



รูปถ่าย

ขนาด

๓×๔ ซม.

ใบสมัครรับเงินสนับสนุนค่าลงทะเบียน
เข้าศึกษาและอบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ปี ๒๕๖๕
(ทันตแพทย์)

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....
สถานะปัจจุบัน ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมเลขที่..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....
ระดับ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....วัน (นับถึงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕)
อัตราเงินเดือน.....บาท

๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (สสจ./รพศ/รพท/รพช/รพ.สต./ศูนย์อนามัย/อื่นๆ)
เขตสุขภาพที่.....ฝ่าย/กลุ่มงาน..... ที่อยู่หน่วยงาน.....
เลขที่..... ถนน..... ซอย..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
Line ID :

๔. จบการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี.....สาขา.....
มหาวิทยาลัย..... จบปีการศึกษา.....
ปริญญาโท.....สาขา.....
มหาวิทยาลัย..... จบปีการศึกษา.....
ปริญญาเอก.....สาขา.....
มหาวิทยาลัย..... ปีจบการศึกษา.....

๕. จบการศึกษา/อบรมทันตกรรมเฉพาะทางสาขา.....ปีที่จบ.....

๖. ประสบการณ์หรือผลงานเด่น ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ.....
.....
.....

๗. หลักสูตรที่ต้องการสมัคร (เลือกสมัครได้เพียง ๑ หลักสูตรเท่านั้น)

๑. ทันตแพทย์ : ปริญญาโท – distance learning
ลำดับที่ ๑ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....
ลำดับที่ ๒ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....
๒. ทันตแพทย์ : อบรมระยะสั้น ๔ เดือน
ลำดับที่ ๑ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....
ลำดับที่ ๒ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....

๘. เคยได้รับทุนการศึกษา อบรมระยะสั้นหลักสูตร.....
สถาบันการศึกษา/อบรมระยะสั้น.....ประเทศ.....
เมื่อปี พ.ศ.หน่วยงานเจ้าของทุน.....

๙. หลังจากสำเร็จการศึกษาหลักสูตรดังกล่าวแล้ว ท่านจะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์กับการดูแลสุขภาพช่องปาก
ผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่านอย่างไร (โปรดระบุ)

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

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

หมายเหตุ : ผู้รับรอง หมายถึง

๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับรองทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน สสจ./ รพช./ รพ.สต.
๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้รับรองทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน รพศ./ รพท.
๓. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยเป็นผู้รับรองทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน ศูนย์อนามัย
๔. ผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น



รูปถ่าย
ขนาด
๓×๔ ซม.

ใบสมัครรับเงินสนับสนุนค่าลงทะเบียน
เข้าศึกษาและอบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ปี ๒๕๖๕
(ทันตภิบาล)

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....บัตรประชาชนเลขที่.....
สถานะปัจจุบัน ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....
อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....วัน (นับถึงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕) อัตราเงินเดือน.....บาท

๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (สสจ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./ศูนย์อนามัย)
เขตสุขภาพที่.....ฝ่าย/กลุ่มงาน..... ที่อยู่หน่วยงาน.....
เลขที่.....ถนน.....ซอย.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....
Line ID :

๔. จบการศึกษาระดับ

ประกาศนียบัตร.....สถาบันที่จบ.....

จบปีการศึกษา.....

ปริญญาตรี.....สาขา.....

มหาวิทยาลัย.....จบปีการศึกษา.....

ปริญญาโท.....สาขา.....

มหาวิทยาลัย.....จบปีการศึกษา.....

ปริญญาเอก.....สาขา.....

มหาวิทยาลัย.....ปีจบการศึกษา.....

๕. เคยได้รับทุนการศึกษา อบรมระยะสั้นหลักสูตร.....

สถาบันการศึกษา/อบรมระยะสั้น.....ประเทศ.....

เมื่อปี พ.ศ.หน่วยงานเจ้าของทุน.....

๖. หลักสูตรที่ต้องการสมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียน (เลือกสมัครได้เพียง ๑ หลักสูตรเท่านั้น)

๑. ทันตภิบาล : ปริญญาตรี

ลำดับที่ ๑ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....

ลำดับที่ ๒ สาขา.....มหาวิทยาลัย.....

๒. ทันตภิบาล : อบรมระยะสั้น ๔ เดือน (การพัฒนานักวิชาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

สำหรับทันตภิบาล)

สถานที่เปิดอบรม อันดับที่ ๑

สถานที่เปิดอบรม อันดับที่ ๒

๗. หลังจากสำเร็จการศึกษาหลักสูตรดังกล่าวแล้ว ท่านจะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์กับการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่านอย่างไร (โปรดระบุ)

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

๘. โครงการที่รับผิดชอบในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และได้รับอนุมัติงบประมาณแล้ว (โปรดระบุรายละเอียด) ชื่อโครงการ.....

งบประมาณ.....บาท แหล่งงบประมาณ.....

๙. อาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ (ข้อมูลจำเป็นต้องกรอก)

๑. ทันตแพทย์ในพื้นที่

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....เบอร์โทร (มือถือ).....

๒. พยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ (ผ่านการอบรมหลักสูตร Case Manager : CM)

ชื่อ.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....เบอร์โทร (มือถือ).....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

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

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

หมายเหตุ ผู้รับรอง หมายถึง

๑. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับรองทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน สสจ./ รพช./ รพ.สต.

๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้รับรองทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพท./ รพศ.

๓. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยเป็นผู้รับรองทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานใน ศูนย์อนามัย

๔. ผู้บังคับบัญชาระดับสำนัก/กอง

๕. ผู้สมัครรับทุนต้องประสานอาจารย์พี่เลี้ยงและแจ้งชื่อในแบบฟอร์มข้อ ๙ ให้ครบถ้วน

แบบฟอร์มรายละเอียดผู้ขอรับเงินสนับสนุนค่าลงทะเบียนสำหรับ ทีมแพทย์

หน่วยงาน (รพศ./รพ.ท./รพช./สสอ./กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.สุรินทร์).....จังหวัดสุรินทร์

| ลำดับ | ชื่อ | สกุล | ตำแหน่ง | สถานที่ปฏิบัติงาน | ประเภทการจ้าง | | | หลักสูตรที่ต้องการสมัครเรียน (เลือกได้ 1 หลักสูตร : ป.โท หรือ ระยะเวลา) | | | | | | | | | | | |
|-------|------|------|---------|-------------------|---------------|------|------|-------------------------------------------------------------------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|--|--|--|--|
| | | | | | ชรก. | พรก. | พกล. | อันดับ 1 | | อันดับ 2 | | อันดับ 1 | | อันดับ 2 | | | | | |
| | | | | | | | | หลักสูตร | สถาบัน | หลักสูตร | สถาบัน | หลักสูตร | สถาบัน | หลักสูตร | สถาบัน | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ กรุณาเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วนทุกช่อง

1. เห็นชอบกับรายชื่อและลำดับรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือก
2. ขอรับรองผู้สมัครตามบัญชีนี้มีความสมัครสมบัตินับถวญตามหลักสูตร

ลงชื่อ..... ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 (ผอ.รพศ./ผอ.รพท./ผอ.รพช./ สสอ./ หน.กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.สุรินทร์)
 เบอร์โทรศัพท์.....
 ตำแหน่ง.....
 (.....)

แบบฟอร์มรายละเอียดผู้ขอรับเงินสนับสนุนค่าลงทะเบียนสำหรับ ทัศนศึกษา

หน่วยงาน (รพศ./รพ.ท./รพช./สสอ./กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.สุรินทร์).....จังหวัดสุรินทร์

| ลำดับ | ชื่อ | สกุล | สถานที่ปฏิบัติงาน | ประเภทการจ้าง | | | หลักสูตรที่ต้องการสมัครเรียน (เลือกได้ 1 หลักสูตร : ป.ตรี หรือ ระยะสั้น) | | | | | |
|-------|------|------|-------------------|---------------|------|----------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------|----------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | ชรก. | พรก. | ลจ.ประจำ | พกส. | หลักสูตรระดับปริญญาตรี | | หลักสูตรอบรมระยะสั้น | | |
| | | | | | | | | หลักสูตร | สถาบัน | หลักสูตร | สถาบันอันดับที่ 1 | สถาบันอันดับที่ 2 |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ กรุณาเรียงลำดับความสำคัญก่อน-หลัง และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วนทุกช่อง

๑. เห็นชอบกับรายชื่อและลำดับรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือก

๒. ขอรับรองผู้สมัครตามบัญชีนี้มีความสมัครใจปฏิบัติตามกติกาตามหลักสูตร

ลงชื่อ..... ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน

(.....)

ตำแหน่ง..... (ผอ.รพศ./ผอ.รพท./ผอ.รพช./สสอ./หน.กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.สุรินทร์)

เบอร์โทรศัพท์.....