

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่ 2750
วันที่ 20 ก.พ. 2569



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๑๒๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ขอประชาสัมพันธและเชิญบุคลากรเข้าร่วมหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/
คณบดี/ประธานมูลนิธิ

- | | | |
|------------------|---------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. รายละเอียดแนวการรับสมัคร | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. กำหนดการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. ใบสมัครเข้ารับการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๔. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗ ซึ่งเป็นหลักสูตรระยะเวลา ๒ ปี (คอร์ส A - D) สำหรับแพทย์และนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กพิการทางการเคลื่อนไหว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะของแพทย์และนักกายภาพบำบัดที่ดูแลเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวในระดับตติยภูมิให้มีจำนวนเพียงพอกับการให้บริการทั่วประเทศและมีมาตรฐานเทียบเท่าสากล จึงได้จัดการอบรมหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗ คอร์ส A ในวันที่ ๔ - ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญแพทย์ นักกายภาพบำบัด ในหน่วยงานของท่านที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวเข้ารับการอบรม โดยผู้เข้าร่วมอบรม มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด รับจำนวน ๒๐ คน สมัครตั้งแต่วันที่ถึงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๙ ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th โดยส่งหลักฐานประกอบการสมัครได้ที่ คุณขวัญดาว เนาวบุตธ งานกายภาพบำบัด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๓๒๐๑ E-mail : khwandaoqsrich@gmail.com และสอบถามเพิ่มเติมด้านลงทะเบียน โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

- ทราบ อนุมัติ
- ชอบ ลงนามแล้ว
- มอบ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นางจุฑารัตน์ บุตรดีขันนธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี

ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

เรียน นน.รศ.อัญญา
คุณ รศ.ณิชาธิกุล ปลัด.อ.จ.ทอ.อุดร
Vojta Therapy รุ่นที่ 7 คอร์ส A ในวันที่
4-15 พ.ค. ๖๙
ในนามนี้เชิญคุณ อ.ณิชาธิกุล ปลัด.อ.จ.ทอ.อุดร
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

อ.ณ

นางสาวนิศยา หวังสุคติ

นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

๑๓ ก.พ. ๖๙

รายละเอียดหลักสูตรเฉพาะทางวอยตา (Vojta Therapy)

หลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗ (สำหรับแพทย์และนักกายภาพบำบัด)

รายละเอียดหลักสูตร

1. การอบรมเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น ๔ ช่วง ได้แก่ คอร์ส A - D เป็นระยะเวลาอบรม ๒ สัปดาห์ต่อคอร์ส ห่างกันช่วงละ ๖ เดือน ดังนี้ คอร์ส A เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๙, คอร์ส B เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๙, คอร์ส C เดือนพฤษภาคม ๒๕๗๐ และคอร์ส D ในเดือน พฤศจิกายน ๒๕๗๐
2. หลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗ เป็นเทคนิคกายภาพบำบัดสำหรับเด็กแรกเกิดจนถึงวัยรุ่นที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ดังนั้นในช่วงระหว่างคอร์ส ช่วงละ ๖ เดือน ผู้เข้าร่วมอบรมจะได้รับการบ้านเพื่อนำเทคนิคที่ได้รับช่วงระหว่างอบรมไปฝึกปฏิบัติจริงและนำบทเรียนที่ได้รับมาร่วมแลกเปลี่ยนในหลักสูตรถัดไป
3. การอบรมจำเป็นต้องผ่านคอร์ส A ไปเป็นลำดับจนถึงคอร์ส D กรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถเข้าร่วมในคอร์สใดคอร์สหนึ่งได้หรือระยะเวลาอบรมแต่ละคอร์สไม่ครบตามที่กำหนด จะไม่มีสิทธิเข้าอบรมในคอร์สถัดไป การอบรมจะมีการประเมินโดยวิทยากร โดยต้องผ่านทั้ง ๔ หลักสูตร จึงจะมีสิทธิรับใบประกาศนียบัตรสำเร็จการศึกษาได้
4. หลักสูตรจะได้รับประกาศนียบัตรรับรองจาก International Vojta Society สหพันธ์สาธารณสุขเยอรมนี
5. ในช่วงของการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมต้องไม่ตั้งครม เนื่องจากในระหว่างการอบรมการฝึกปฏิบัติ เทคนิค Vojta อาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ กรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมตั้งครมจะไม่สามารถเข้าร่วมฝึกปฏิบัติ และไม่สามารถรับประกาศนียบัตรได้
6. ในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ผู้เข้ารับการอบรมต้องแต่งกายด้วยชุดที่เหมาะสมสำหรับการสังเกตการเคลื่อนไหวของร่างกายและกล้ามเนื้อ โดยผู้เข้าอบรมหญิงจะต้องสวมเสื้อกล้ามและกางเกงขาสั้นลักษณะคล้ายชุดว่ายน้ำ และผู้เข้าอบรมชายจะต้องสวมกางเกงว่ายน้ำ
7. หลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรสำหรับผู้รักษา ทาง International Vojta Society ไม่อนุญาตให้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ถ่ายทอด ยกเว้นการสอนผู้ปกครองเด็กแต่ละรายเพื่อประโยชน์ในการทำโปรแกรม Vojta Therapy ที่บ้าน เนื่องจากการจำทำไปใช้โดยไม่เข้าใจ อาจทำให้เด็กบาดเจ็บได้
8. เมื่อเข้ารับการอบรมแล้ว ผู้เข้ารับการอบรมและหน่วยงานต้นสังกัดยินดีที่จะให้มีการติดตาม ประเมินผลเป็นระยะๆ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัคร

1. สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด หรือกายภาพบำบัดบัณฑิต หรือแพทยศาสตรบัณฑิต ที่ทบวงมหาวิทยาลัยหรือ กพร.รับรอง
2. มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขากายภาพบำบัดหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภา
3. มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับตั้งแต่สำเร็จหลักสูตรปริญญาบัณฑิต
4. ไม่ตั้งครมตลอดระยะเวลาที่อบรม (พฤษภาคม ๒๕๖๙ - พฤศจิกายน ๒๕๗๐)
5. สามารถสวมเสื้อกล้ามและกางเกงขาสั้นในลักษณะชุดว่ายน้ำได้ในระหว่างการอบรมเชิงปฏิบัติการ
6. สามารถเข้าร่วมการอบรมได้เต็มเวลาและครบทั้ง ๔ คอร์ส
7. มีบุคลิกภาพที่ดี และมีสุขภาพแข็งแรง
8. มีเจตคติที่ดีต่อการเข้าอบรมหลักสูตร Vojta therapy
9. ต้องมีหนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานและได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า)

เอกสารประกอบการสมัคร

๑. ใบสมัครติดรูปถ่าย ๑ นิ้วไม่สวมหมวกและไม่ใส่แว่นตาจำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาปริญญาบัตร จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาชั้นปริญญาตรี (transcript) จำนวน ๑ ชุด
๕. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จำนวน ๑ ชุด
๖. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน จำนวน ๑ ชุด

ขั้นตอนการรับสมัคร

๑. รับสมัคร : ตั้งแต่วันนี้ ถึงวันศุกร์ที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๙
๒. ส่งหลักฐานการสมัครมาได้ที่ นางสาวขวัญดาว เนาวบุตร งามกายภาพบำบัด ชั้น ๒ อาคารมหิตลาลิเบศร (ห้อง ๒๒๑) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี จ.กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ หรือส่งด้วยตัวเอง สอบถามโทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๓๒๐๓ ภายในวันศุกร์ที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๙
๓. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกวันพุธที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๙
๔. คณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติในใบสมัครที่สมบูรณ์ และทำการสอบคัดเลือก (วิธีสอบสัมภาษณ์ผ่านระบบออนไลน์) ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๙
๕. ประกาศผลผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมในวันศุกร์ที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๙ ทาง www.childrenhospital.go.th
๖. ผู้ที่ได้รับคัดเลือกเมื่อมารายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรมในปีต่อไป

ค่าลงทะเบียน

- หน่วยงานไม่แสวงหากำไร ได้แก่ หน่วยงานของรัฐ มูลนิธิ องค์กรการกุศล และหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัย ไม่เสียค่าลงทะเบียน
 - หน่วยงานเอกชน ๔๐,๐๐๐ บาทต่อคอร์ส รวม ๔ คอร์สเท่ากับ ๑๖๐,๐๐๐ บาท ผู้รับคัดเลือกจำเป็นต้องอบรมจำนวน ๔ คอร์สต่อเนื่องกัน ไม่สามารถอบรมเพียงคอร์สใดคอร์สหนึ่งได้ กรณีไม่สามารถอบรมต่อได้ ผู้รับคัดเลือกเข้าอบรมจะต้องจ่ายค่าลงทะเบียนของคอร์สที่เหลือทั้งหมด
- จำนวนที่คาดว่าจะรับ ๒๐ คน

วิธีการคัดเลือก

๑. พิจารณาจากประวัติเบื้องต้น ประสบการณ์การทำงานด้านเด็กพิการ การนำประโยชน์ไปใช้งานแก่เด็กพิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะคิด และความพร้อมที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขการฝึกภาคปฏิบัติตลอดระยะเวลา ๖ เดือน ของหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง
๒. คัดเลือกโดย วิธีการสอบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้สมัครจะต้องผ่านการสอบสัมภาษณ์โดยเป็นผู้มีสุขภาพและบุคลิกภาพที่เหมาะสม มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานด้านเด็กพิการ มีวิสัยทัศน์ ความคิดสร้างสรรค์ วุฒิภาวะ การแสดงออกในความพร้อมด้านอื่นๆ ที่จะสามารถศึกษาจนสำเร็จการศึกษา
๓. คณะกรรมการหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗ เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาผลการสอบคัดเลือกและเป็นเอกสิทธิ์ของคณะกรรมการหลักสูตรฯ ที่จะรับผู้ใดเข้าศึกษา

หากผู้สมัครมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการสมัครและหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗ สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นางสาวขวัญดาว เนาวบุตร นักกายภาพบำบัด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร ๐๘๔-๙๑๗๘๔๐๕ หรือ อีเมลที่ khwandaoqsni@gmail.com

กำหนดการคอร์ส A The Vojta Principle
Application in the early therapy of babies and in the rehabilitation of children,
adolescents and adults
Course for applied developmental kinesiology in the treatment of movement disturbed babies,
children and adolescents according to Vojta

ณ ห้องประชุมกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู อาคารมหิตลาธิเบศร
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Lesson plan

Course Instructors: Ms Ute Westerfeld, Vojta Therapy Instructor
Ms Fionn Bayley, Vojta Therapy Instructor

วันจันทร์

- 08:00 – 12:00 กล่าวต้อนรับ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา
ทางการเคลื่อนไหว และการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ
ความคาดหวังในการอบรมคอร์ส Vojta Therapy
- 12.00 - 13.00 อาหารกลางวัน
- 13:00 – 15:00 พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวในช่วงไตรมาสแรก
- 15:00 – 17:00 การเคลื่อนไหวแบบรีเฟล็กซ์ (reflex locomotion)
การคืบแบบรีเฟล็กซ์ (reflex creeping), การจัดทำเริ่มต้น, โชนในการกระตุ้น,
ฝึกปฏิบัติ

วันอังคาร

- 08:00 – 12:00 พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวในช่วงไตรมาสที่ 1 (ต่อ)
- 12.00 - 13.00 อาหารกลางวัน
- 13:00 – 15:00 การคืบแบบรีเฟล็กซ์, ฝึกปฏิบัติ
- 15.00 – 17:00 พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวในช่วงไตรมาสที่ 2

วันพุธ

- 08:00 – 12:00 พัฒนาการทางการเคลื่อนไหวไตรมาสที่ 3 และ 4
- 12.00 – 13.00 อาหารกลางวัน
- 13:00 – 15:00 การพลิกตัวแบบรีเฟล็กซ์ในท่านอนหงาย, การจัดทำเริ่มต้น, โชน, ฝึกปฏิบัติ
- 15:00 – 17:00 พัฒนาทางการเคลื่อนไหวในอุตมคติ (กลไก uprighting)

วันพฤหัสบดี

- 08:00 – 12:00 การคืบแบบรีเฟล็กซ์, วิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวของการคืบแบบรีเฟล็กซ์, ฝึกปฏิบัติ
- 13:00 – 15:00 การตอบสนองเชิงอิริยาบถ (postural reaction), ปฏิกริยาสะท้อนกลับดั้งเดิม (primitive reflexes), การวิเคราะห์การเคลื่อนไหวในเด็กทารก
- 15:00 – 17:00 เทคนิคการกระตุ้นการคืบแบบรีเฟล็กซ์, ฝึกปฏิบัติกับตุ๊กตา

วันศุกร์

- 08:00 – 10:30 เทคนิคการกระตุ้นการคืบแบบรีเฟล็กซ์, ฝึกปฏิบัติกับตุ๊กตา
นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา
- 10:30 – 12:30 การพลิกตัวแบบรีเฟล็กซ์ในท่านอนตะแคง, การจัดทำเริ่มต้น, โชน, ฝึกปฏิบัติ
- 12.30 – 13.30 อาหารกลางวัน
- 13:30 – 17:00 สรุปเนื้อหาในสัปดาห์แรก

วันจันทร์

- 08:00 – 12:00 นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา
- 12.00 – 13.00 อาหารกลางวัน
- 13:00 – 15:00 1. Position, การจัดทำเริ่มต้น, วิเคราะห์การเคลื่อนไหว, ฝึกปฏิบัติ
- 15:00 – 17:00 นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา

วันอังคาร

- 08:00 – 12:00 นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา
- 12.00 - 13.00 อาหารกลางวัน
- 13:00 – 15:00 การพลิกตัวแบบรีเฟล็กซ์, วิเคราะห์การเคลื่อนไหวในท่านอนหงายและนอนตะแคง, ฝึกปฏิบัติ
- 15:00 – 17:00 นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา

วันพุธ

- 08:00 – 12:00 นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา
- 12.00 – 13.00 อาหารกลางวัน
- 13:00 – 15:00 การคืบแบบรีเฟล็กซ์, วิเคราะห์การทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อ, ฝึกปฏิบัติ
- 15:00 – 17:00 นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา

วันพฤหัสบดี

- 08:00 – 10:30 นำเสนองรณศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา
- 10:30 – 12:00 สอบ- วิเคราะห์การเคลื่อนไหวในผู้ป่วยเด็ก
- 12.00 – 13.00 อาหารกลางวัน
- 13:00 – 15:00 Segmental patterns ของการคืบและการคลาน
การคืบแบบปริเฟล็กซ์ในพัฒนาการการเคลื่อนไหวแบบอุดมคติ ,ฝึกปฏิบัติ
- 15:00 – 17:00 นำเสนองรณศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา

วันศุกร์ที่

- 08:00 – 10:30 นำเสนองรณศึกษาผู้ป่วย: วิเคราะห์การเคลื่อนไหวและการรักษา
 - 10:30 – 12:00 ข้อป่งซี่ ข้อควรระวังและข้อห้ามในการบำบัดด้วยวอยตา
 - 12.00 – 13.00 หลักการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ปกครองและผู้ดูแล
 - 13:00 – 17:00 การบ้าน
อภิปรายและตอบข้อซักถาม
-

ประวัติการอบรมด้านกายภาพบำบัดในเด็ก

| ปี พ.ศ./ระยะเวลา | หลักสูตร | หน่วยงานที่จัดอบรม | ประกาศนียบัตรที่ได้รับ |
|------------------|----------|--------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

เหตุผลที่ท่านสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

การนำไปใช้ประโยชน์หลังสิ้นสุดการอบรม

.....

.....

.....

.....

ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าได้อ่านเงื่อนไขการเข้ารับการอบรมแล้ว ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามหลักสูตรที่กำหนดได้ทุกกิจกรรม และสามารถเข้ารับการอบรมได้ครบระยะเวลาตามที่กำหนด และจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามเงื่อนไขของหลักสูตรทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

กรุณาอ่านรายละเอียดแนบท้ายประกาศการรับสมัคร

หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กในระหว่างการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น

.....ของนาย/นาง/น.ส.....

ซึ่งประสงค์จะสมัครเข้าอบรมหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗ (คอร์ส A - D ระยะเวลา ๒ สัปดาห์ต่อคอร์ส รวม ๒ ปี) ขอรับรองว่าผู้สมัครสามารถปฏิบัติงานด้านกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กที่หน่วยงาน โดยมีผู้ป่วย หมอนเวียนเฉลี่ย ๓ คนขึ้นไปต่อวันในระหว่างการฝึกอบรม

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องมีฐานะเป็นหัวหน้าแผนก/สาขา หรือหัวหน้ากลุ่มงาน

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานสำหรับผู้สมัครหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ ๗

(สำหรับแพทย์และนักกายภาพบำบัด)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น
.....ของนาย/นาง/น.ส.....

ซึ่งประสงค์จะสมัครเข้าอบรมหลักสูตร Vojta Therapy รุ่นที่ 7 (คอร์ส A - D ระยะเวลา ๒ สัปดาห์ต่อคอร์ส รวม ๒ ปี) ขอรับรองว่าผู้สมัครได้มีประสบการณ์ในการทำงานด้านกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กเป็นระยะเวลา ไม่ต่ำกว่า ๒ ปี หลังสำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาบัณฑิตและสามารถอบรมได้เต็มหลักสูตร โดยผู้สมัครเข้าอบรมมี ประสบการณ์ด้านกายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กดังนี้

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

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(โปรดประทับตราหน่วยงาน)

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องมีฐานะเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ สถาบัน คณบดี เป็นต้น

