**ใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรมประกวดคลิปวิดีโอส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย**

**ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ภายใต้แนวคิด ป.ต.ท ประจำปี พ.ศ.2566**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |
| --- |
| วันที่ยื่นเสนอ วันที่……….....เดือน........................พ.ศ. ...........................................................................................................  ผู้ยื่นเสนอ ชื่อ ................................................................สกุล ............................... ................................................................  ตำแหน่ง ..................................................................หน่วยงาน ....................... .....................................................................  โทรศัพท์/มือถือ ............................................ อีเมล์…………………..…………ID Line ……………..……….……… |

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป**

1. ชื่อสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย......................................................................................................................

ที่ตั้ง/ชื่ออาคาร……………………………………….เลขที่..................หมู่ที่/หมู่บ้าน……..................................... ซอย…………………………………ถนน…………………...........…………ตำบล/แขวง……………………….....……….... อำเภอ/เขต…..………………...จังหวัด……….………………………

รหัสไปรษณีย์......................... หมายเลขโทรศัพท์....................................................โทรสาร...................................................................

อีเมล์.....................................................เว็บไซต์.......................................................................................

2. สังกัด ( ) ภาครัฐ โปรดระบุ……………………………………………......…………………………..............……….

( ) เอกชน โปรดระบุ……………………………..………..

( ) อื่นๆ..................................................………..

3. เปิดดำเนินการเมื่อ (วัน/เดือน/ปี) ...........................................................................................................

4. หัวหน้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ ผู้อำนวยการโรงเรียนระดับอนุบาล/ ผู้รับใบอนุญาต

ชื่อ..........................................................................................สกุล.......................................................... อีเมล์………...………...........................................................โทรศัพท์/มือถือ..............................................

5. รับเด็กตั้งแต่อายุ……............... เดือน/ปีถึง ……..…….......ปี จำนวนเด็กทั้งหมด...............คน

6. มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ\*

□ ปีการศึกษา 2563 □ ปีการศึกษา 2564

หมายเหตุ :\*ต้องมีผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ อย่างน้อย 1 ปี

**ส่วนที่ 2 :** **รายละเอียดเนื้อหาคลิป**

การส่งคลิปวิดีโอการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามแนวคิด ป.ต.ท. ความยาวคลิปไม่เกิน 3 นาที มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

2.2 การจัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากประจำวัน

2.3 การจัดอาหารที่มีประโยชน์ให้เด็กรับประทาน

2.4 การจัดกิจกรรมกระตุ้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่น่าสนใจ

**ส่วนที่ 3 :การส่งผลงานเข้าประกวดเพื่อขอรับโล่และใบประกาศ**

**ขั้นตอนที่ 1 :** สพด.ต้องแจ้งความจำนงค์สมัครเข้าร่วมประกวดคลิปผ่านทางศูนย์อนามัยในเขตพื้นที่ของตนเอง

**ขั้นตอนที่ 2 :** สพด.ส่งคลิปวิดีโอการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามแนวคิด ป.ต.ท. ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ความยาวคลิป***ไม่เกิน 3 นาที***

**รายละเอียดเนื้อหาคลิป**

3.1.1 การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

3.1.2 การจัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากประจำวัน

3.1.3 การจัดอาหารที่มีประโยชน์ให้เด็กรับประทาน

3.1.4 การจัดกิจกรรมกระตุ้นส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่น่าสนใจ

**ขั้นตอนที่ 3 :** ส่งคลิปผ่านทาง Email: [daycare.dental2566@gmail.com](mailto:daycare.dental2566@gmail.com%20ภายใน)  ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เวลา 16.30 น. เท่านั้นหากเกินระยะเวลาที่กำหนดจะไม่รับการพิจารณาทุกกรณี

**สอบถามรายละเอียด;** 1. ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ในพื้นที่ของท่าน

2. กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข โทร 02-5904956

(คุณพรชเนตต์ บุญคง โทร 086-3596215 และ คุณปาจรียภัทร นาควารี โทร 065-5491914 )