

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

\*\*\*\*\*

วันที่ยื่นเสนอ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
ผู้ยื่นเสนอ ชื่อ .....สกุล .....  
ตำแหน่ง .....หน่วยงาน .....  
โทรศัพท์/มือถือ ..... อีเมล..... ID Line .....

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย.....  
ที่ตั้ง/ชื่ออาคาร.....เลขที่.....หมู่ที่/หมู่บ้าน..... ซอย.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์..... โทรสาร.....  
อีเมล.....เว็บไซต์.....
2. สังกัด ( ) ภาครัฐ โปรตรระบุ.....  
( ) เอกชน โปรตรระบุ.....  
( ) อื่นๆ.....
3. เปิดดำเนินการเมื่อ (วัน/เดือน/ปี) .....
4. หัวหน้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/ ผู้อำนวยการโรงเรียนระดับอนุบาล/ ผู้รับใบอนุญาต  
ชื่อ.....สกุล.....  
อีเมล.....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 ความยาวคลิปไม่เกิน 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) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เวลา 16.30 น.

เท่านั้นหากเกินระยะเวลาที่กำหนดจะไม่รับการพิจารณาทุกกรณี

- สอบถามรายละเอียด; 1. ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัยที่ 1-12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ของท่าน  
2. กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข โทร 02-5904956  
(คุณพรชนนต์ บุญคง โทร 086-3596215 และ คุณปจรรย์ภัทร นาควารี โทร 065-5491914 )