



สธ ๐๒๐๓.๐๘๔/๒.๕๓๑ ๑๓/๘๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๒๗๒
วันที่ ๒๒/๘๒
เวลา ๑๘.๓๐ น.

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๓ พิษณุโลก-หล่มสัก อำเภอวังทอง
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐

๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง การอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๗
เรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก จำนวน ๒ ฉบับ
- ๒. ระเบียบการรับสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๗ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จะดำเนินการรับสมัครบุคคล เข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๗ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ระยะเวลาการอบรม ๓ ปี โดย ระบบการเรียนการสอนทางไกล ผู้เข้ารับการอบรมต้องมารายงานตัวเข้าร่วมสัมมนาทางวิชาการปีละ ๔ ครั้ง ๆ ละ ๑๐-๑๕ วัน สมัครเข้ารับการอบรมตามเงื่อนไขคุณสมบัติ วันเวลาและสถานที่ที่กำหนดในระเบียบการรับสมัครโดยใช้แบบฟอร์มใบสมัครถ่ายเอกสารหรือพิมพ์สำเนาจากอินเทอร์เน็ตส่งหลักฐานและค่าสมัครทางไปรษณีย์ ระหว่างวันที่ ๑๕ สิงหาคม - ๗ ตุลาคม ๒๕๕๙ หรือสมัครด้วยตนเองในระหว่างวันที่ ๑๕ สิงหาคม- ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ต www.scphpl.ac.th

ดังนั้น วิทยาลัยฯ จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ระเบียบการรับสมัคร แบบฟอร์มใบสมัคร ให้กับบุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการในสังกัด และประชาชนผู้สนใจทั่วไป สำหรับข้าราชการสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการได้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว.๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป วิทยาลัยฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์ด้วยดีเช่นเคย ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

แพทยชานไทย
- ๑๓/๘๒

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยวัฒน์ พันธุ์รัมย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

(นายสุเทพ บุญสุตร)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ๕ ส.ค. ๒๕๕๙

ภาควิชาการแพทย์แผนไทย
โทร. ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐
โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒
www.scphpl.ac.th

เงินอุดหนุน
๑๐.๓๑.๕๖๖

๑๐.๓๑.๕๖๖

๑๐

๕ ส.ค. ๕๙

ระเบียบการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๗
ภาควิชาแพทย์แผนไทย (ตึกจิฉวาเวช) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๓ หมู่ ๘ ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐
โทรศัพท์ ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่มีประวัติยาวนานมาแต่ครั้งพุทธกาล เป็นการแพทย์ที่แสดงถึงภูมิปัญญาความเชื่อของคนไทย มีองค์ความรู้ที่เป็นรูปแบบของตนเองในลักษณะเป็นองค์รวมในการดูแลสุขภาพทั้งกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม บนรากฐานคุณธรรมทางการแพทย์ที่ สืบทอดมาแต่โบราณกาล

ข้อมูลหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่เปิดรับสมัคร

หลักสูตรเวชกรรมไทย ๓ ปี

เป็นหลักสูตรที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ศึกษาการบำบัดรักษาโรคสมุนไพร การรักษาด้วยการนวดไทย เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะได้สามารถเปิดสถานพยาบาลประกอบวิชาชีพเพื่อบำบัดรักษาโรคแก่ผู้ป่วยด้วยหลักการการแพทย์แผนไทยได้ตามกฎหมาย

แนวทางการจัดการศึกษา

ชั้นปีที่ ๑ ศึกษาความรู้ด้านเภสัชกรรมไทย (เตรียมแพทย์)

เป็นหลักสูตรเตรียมความพร้อมความเป็นแพทย์ ศึกษาสมุนไพร รูป สี กลิ่น รส ชื่อ สรรพคุณ การปรุงยาไทย การควบคุมการผลิตยาไทย การนวดเบื้องต้นตลอดถึงการปลูกขยายพันธุ์และบำรุงรักษาสมุนไพร การอบรมต่อในชั้นปีที่ ๒ และปีที่ ๓ ผ่านการประเมินคุณธรรมจริยธรรมและความเป็นแพทย์โดยคณะอาจารย์ว่าสามารถเป็นแพทย์แผนไทยที่ดีได้ จึงจะมีสิทธิอบรมต่อ

ชั้นปีที่ ๒ ศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาไทยระดับพื้นฐานและโรคเฉพาะ การนวดรักษาโรคและการผดุงครรภ์ไทย เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะได้สามารถเปิดร้านขายยาแผนโบราณ เปิดโรงงานผลิตยาแผนไทย นำเข้าส่งออกพืชสมุนไพร และดูแลสุขภาพมารดาก่อนและหลังคลอด รวมทั้งการนวดรักษาโรคได้ตามกฎหมาย

ชั้นปีที่ ๓ ศึกษาความรู้ด้านเวชกรรมไทย (การวินิจฉัยโรค รักษาโรค)

การเรียนการสอนยึดองค์ความรู้เดิมที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์แพทย์ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๕ โปรดให้แพทย์หลวงชำระ รวมทั้งตำราแพทย์อื่น ๆ ที่มีมาครั้งสมัยอยุธยา ตำราโบราณอื่น ๆ เพื่อความเข้าใจและสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพได้ เมื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะประเภทเวชกรรมไทยได้แล้วสามารถตรวจวินิจฉัยโรคด้วยกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยได้

การเรียนการสอนเน้นการใช้สื่อจากของจริง มีสวนสมุนไพรประกอบด้วยสมุนไพรกว่า ๒๕๐ ชนิด นำผู้เข้ารับการอบรมเดินป่าเพื่อศึกษาสมุนไพรในธรรมชาติโดยอาจารย์ซึ่งเป็น หมอพื้นบ้านผู้เชี่ยวชาญ มีคลินิกแพทย์แผนไทยให้บริการในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป มีห้องปฏิบัติการผลิตยาไทยพร้อมเครื่องมือที่เหมาะสมและทันสมัยสำหรับการแพทย์แผนไทย ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับประสบการณ์วิชาชีพจากการฝึกงานในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงงานผลิตยาแผนโบราณ บ้านหมอพื้นบ้าน สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยของเอกชนต่าง ๆ

หลักฐานประกอบการสมัครเข้ารับการอบรม

๑. สำเนาประกาศนียบัตรหรือระเบียบแสดงผลการเรียน (ร.บ.)
๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล)
๓. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑x๑.๕ นิ้ว จำนวน ๔ รูป ถ่ายมาแล้ว ไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร โดยเขียนชื่อ-นามสกุล ไว้หลังรูปทุกรูป
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๖. ค่าสมัครสอบ ๒๐๐ บาท ส่งในนามผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐
๗. ใบรับรองแพทย์
๘. ใบรับรองความประพฤติ

หลักฐานข้อ ๑ , ๒ , ๔ , ๕ , ๗ , ๘ ส่งวันที่รายงานตัวเป็นผู้อบรม หากเอกสารหรือคุณสมบัติไม่ครบหรือเป็นเท็จยินดีให้เพิกถอนจากการเป็นผู้เข้ารับการอบรม โดยไม่เรียกร้องใดๆ



ติดรูปถ่าย
๑x๑.๕ นิ้ว

ใบสมัครคัดเลือกบุคคลศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

เลขประจำตัวผู้สมัคร

--	--	--	--	--

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อผู้สมัคร(นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร(๑๓ หลัก).....

ส่วนสูง..... ซม. อายุ..... ปี.....เดือน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อาชีพ.....

ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

๒. สถานที่เกิดอำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ปัจจุบันตั้งบ้านเรือนอยู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

๓. บิดาชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....

ยังมีชีวิตอยู่ / ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

๔. มารดาชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....

ยังมีชีวิตอยู่ / ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

หมู่ที่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

๕. ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา ของผู้สมัคร	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ/เขตและจังหวัด	เริ่มศึกษา พ.ศ.	สำเร็จการศึกษา พ.ศ.

๖. ความสามารถพิเศษ.....

๗. ระหว่างการสมัครสอบติดต่อข้าพเจ้าที่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....

ให้ส่งวันที่รายงานตัวเป็นผู้เข้ารับการอบรมแล้ว

กำหนดการสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๗/๒๕๖๐
ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วัน/เวลา	๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.
๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๙	วิชาความรู้ความสามารถทั่วไป และ วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย	สอบสัมภาษณ์

แนวการสอบข้อเขียน

๑. สอบวัดความรู้ความสามารถทั่วไป จำนวน ๑๐๐ ข้อ
 - ๑.๑ คณิตศาสตร์ - วิทยาศาสตร์
 - ๑.๒ ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร
 - ๑.๓ สังคม เศรษฐกิจและการเมือง
๒. สอบวัดความรู้วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๐๐ ข้อ
 - ๒.๑ สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - ๒.๒ กฎหมายที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย
 - ๒.๓ เกษษกรรมไทยเบื้องต้น
 - ๒.๔ ทฤษฎีและหลักการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น
 - ๒.๕ หลักพุทธศาสนา

การแจ้งผลการสอบ (หลังการสอบประมาณ ๑ สัปดาห์)

๑. ทางไปรษณีย์ถึงผู้สอบโดยตรง

โดยผู้เข้าสอบจัดเตรียมซองจดหมายจำหน่ายซองถึงตนเองพร้อมติดแสตมป์ ๓ บาท ส่งให้
กรรมการคุมสอบในการสอบข้อเขียนภาคเช้า

๒. ดูผลสอบทาง Internet www.scpbpl.ac.th

อุปกรณ์การสอบ

ปากกาและน้ำยาลบคำผิด (ไม่ใช่ดินสอและยางลบ)

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.
ข้าพเจ้า นายแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
ได้ทำการตรวจร่างกาย
เมื่อวันที่ วันที่ เดือน พ.ศ. แล้ว ปรากฏว่า
ปราศจากโรคดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๕. โรคจิตต่าง ๆ
๖. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
๗. กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง

เห็นว่า เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์
ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น จึงไม่ขัด
ต่อการที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

(ลงนาม)
(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ

ให้ส่งวันที่รายงานตัวเป็นผู้เข้ารับการอบรมแล้ว

ใบรับรองความประพฤติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม
ภาควิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง รับรองความประพฤติ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ขอรับรองว่า อายุ ปี อาชีพ

อยู่บ้านเลขที่ ซอย/ตรอก หมู่ที่

ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

บิดาชื่อ มารดาชื่อ

สามีหรือภรรยาชื่อ เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่เคยประพฤติ

เสียหายและไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาให้จำคุกในคดีอาญา เห็นว่า

..... มีความประพฤติเรียบร้อยสามารถเข้ารับการอบรมหลักสูตร

การแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยฯ ได้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

ผู้ที่จะรับรองความประพฤติต้องมีคุณสมบัติดังนี้

๑. ผู้มีภูมิลำเนาใน กทม. ให้ ผู้อำนวยการเขตหรือสารวัตรสถานีตำรวจท้องที่หรือข้าราชการ
สัญญาบัตรเป็นผู้รับรอง

๒. ผู้มีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาค ให้ นายอำเภอท้องที่หรือข้าราชการสัญญาบัตรหรือกำนันหรือ
ผู้ใหญ่บ้านในท้องที่เป็นผู้รับรอง

๓. ข้าราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาในส่วนราชการนั้น ๆ เป็นผู้รับรอง

แบบยื่นความจำนงเข้าพักในที่พักของวิทยาลัยฯ
สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๗/๒๕๖๐
ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

๑. ชื่อตัว - ชื่อสกุล (ตัวบรรจง)
ประสงค์จะเข้าพัก จำนวน คน (ค่าที่พักราคาละ ๑๐๐/๑๕๐ บาท/คน/คืน)
 ๒. ที่อยู่ปัจจุบัน
 ๓. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้โดยสะดวก
 ๔. การเข้าพัก แจ้งความประสงค์
เข้าพักในวันที่ เวลา
 - ออกจากที่พักในวันที่ เวลา
๕. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ผู้ประสานงานที่พัก
นายนาวิน เหมือนมี หัวหน้าสถาบันฝึกอบรม ๐๘๑-๖๘๐๗๓๒๗
คุณมัทธมา ตตะพะ ภาควิชาการแพทย์แผนไทย ๐๙๔-๘๖๓๗๖๗๖
หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๕๓๑-๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐-๕๕๓๑-๑๙๙๒

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นความจำนง
วันที่ / /

หมายเหตุ

๑. ห้องพักเป็นห้องพักปรับอากาศ พักรวมห้องละ ๑๐-๑๕ คน
 ๒. รับผิดชอบจำนวนจำกัด (ไม่เกิน ๑๐๐ คน)
 ๓. การชำระเงิน ให้เตรียมไปชำระในวันรายงานตัวเข้าที่พักรวม
 ๔. หากผู้ยื่นความจำนงเกินจำนวนที่พักรวม วิทยาลัยฯ จะแจ้งให้ทราบและให้ท่านติดต่อที่พักด้วยตนเองตาม
- ข้อมูลสถานที่พักในจังหวัดพิษณุโลก

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| ๑. โรงแรมดงภูเกศ | โทร. ๐-๕๕๒๓-๒๙๐๑-๓ |
| ๒. โรงแรมไพลิน | โทร. ๐-๕๕๒๕-๒๔๑๑-๕ |
| ๓. โรงแรมอมรินทร์นคร | โทร. ๐-๕๕๒๑-๙๐๖๙-๗๙ |
| ๔. โรงแรมอมรินทร์ลาภู | โทร. ๐-๕๕๒๒-๐๙๙๙ |
| ๕. โรงแรมท็อปแลนด์ | โทร. ๐-๕๕๒๔-๗๘๐๐-๙ |
| ๖. โรงแรมลาฟาโลมา | โทร. ๐-๕๕๒๑-๗๙๓๐-๖ |
| ๗. โรงแรมสมัยนิยม | โทร. ๐-๕๕๒๔-๗๕๒๗ |
| ๘. โรงแรมราชพฤกษ์ | โทร. ๐-๕๕๒๕-๘๗๘๘-๙ |
| ๙. โรงแรมราชวงศ์ | โทร. ๐-๕๕๒๕-๙๕๖๙ |

กำหนดการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๗ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

