

หลักเกณฑ์การขออนุมัติใช้หลักสูตรและประกาศนียบัตรการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานอื่นขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑.๑ หลักสูตรการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (๖๐ ชั่วโมง)

๑.๒ หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (๓๗๒ ชั่วโมง)

๑.๓ หลักสูตรวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเทกการนวดไทย (๑,๓๐๐ ชั่วโมง)

ทั้งนี้ หน่วยงานที่ขออนุมัติใช้หลักสูตรลำดับที่ ๑.๒ และ ๑.๓ ต้องผ่านการรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากสภากาชาดไทย และปฏิบัติตามข้อบังคับสภากาชาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ใน การรับรองและการดำเนินการของสถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗

๒) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๒.๑ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (๑๐๐ ชั่วโมง)

๒.๒ หลักสูตรฝึกฝนประสบการณ์งานเวชปฏิบัติแผนไทย (๓๒ ชั่วโมง)

๒.๓ หลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทยและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (๓๐ ชั่วโมง) .

ทั้งนี้ ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยที่มีความประสงค์จัดอบรมหลักสูตรลำดับที่ ๒.๑ ต้องผ่านการรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากการสนับสนุนบริการสุขภาพ

๓) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๓.๑ หลักสูตรการใช้ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (๑๓ ชั่วโมง) ,

๓.๒ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (๑๘ ชั่วโมง) ,

๓.๓ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าสำหรับผู้พิการทางสายตา (๔๐ ชั่วโมง) ,

๔) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้สถานฝึกอบรมด้านนวดไทยเพื่อสุขภาพภายใต้การรับรองของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๙ ดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานผู้จัดการอบรม

๔.๑ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ เขลียศักดิ์ (๑๕๐ ชั่วโมง)

๔.๒ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ราชสำนัก (๑๕๐ ชั่วโมง)

๔.๓ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ (๖๐ ชั่วโมง)

หมายเหตุ ให้หน่วยงานผู้จัดการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยทุกหลักสูตร ตามข้อ ๒,๓ และ ๔ ส่งเอกสารในการขออนุมัติหลักสูตรและแผนดำเนินการก่อนจัดการฝึกอบรม พร้อมส่งรายชื่อผู้เข้าอบรมและรายงานผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ นัยังกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แนวทางการขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๑) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานอื่นขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. การขออนุมัติใช้หลักสูตร

๑.๑ หนังสือขออนุมัติใช้หลักสูตรเรียนอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รายละเอียดดังนี้

- ระบุช่วงเวลาการจัดอบรม (ภาคฤดูร้อน/ปีบัตติ และฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม) สถานที่จัดอบรม จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ผู้ประสานการจัดอบรมพร้อมหมายเลขติดต่อ
- ดำเนินการยื่นขออนุมัติใช้หลักสูตรก่อนดำเนินการจัดอบรม ๒๐ วันทำการ

๑.๒ เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาโครงการที่ได้รับอนุมัติดำเนินการอบรม
- สำเนาหนังสือรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากสภากาชาดไทยตามที่กฎหมายกำหนด
- ตารางการจัดอบรม โดยระบุ วัน เวลา ระยะเวลาเรียน รายชื่อวิทยากรหลักและวิทยากรผู้ช่วย ในแต่ละรายวิชาทั้งภาคฤดูร้อนและปีบัตติ
- การฝึกปฏิบัติงานภาคสนามให้ระบุช่วงเวลา สถานที่ และผู้ควบคุม
- ตารางสรุปรายชื่อวิทยากรในแต่ละรายวิชาพร้อมแบบสำเนาประกาศนียบัตร/คุณวุฒิวิทยากรที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ทำการสอน หนังสือรับรองประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

๑.๓ กรณีเปลี่ยนแปลงระยะเวลาการฝึกอบรมให้แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเปิดการอบรม

๑.๔ การแจ้งรายชื่อผู้เข้ารับการอบรม พร้อมทั้งส่งไฟล์ข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนด (ตามเอกสารแนบ)

ทาง E-mail address : ittm.train@gmail.com

- หลักสูตรการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และหลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง ให้แจ้งภายในหลังการเปิดอบรมไม่เกิน ๒ วัน
- หลักสูตรอื่นๆ ให้แจ้งภายในหลังเปิดการฝึกอบรมไม่เกิน ๑ สัปดาห์

** ทั้งนี้ ต้องได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรและประกาศนียบัตรการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยของ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกก่อนดำเนินการจัดอบรม **

๒. การขออนุมัติลงนามประกาศนียบัตร

๒.๑ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการอบรม ให้ประสานหน่วยงานผู้อนุมัติให้ใช้หลักสูตรและส่งสำเนาหนังสือ อนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากการฝึกอบรมทางเลือก เพื่อขอหมายเลขรุ่นทาง E-mail address : ittm.train@gmail.com พร้อมทั้งจัดทำประกาศนียบัตรตามรูปแบบที่กำหนด เสนอหัวหน้าหน่วยงาน และเสนออธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกลงนาม ภายใน ๓๐ วันทำการ

๒.๒ หนังสือขออนุมัติลงนามประกาศนียบัตรเรียนอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รายละเอียดดังนี้

- ระบุช่วงเวลาการจัดอบรม (ภาคฤดูร้อน/ปีบัตติ และฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม) สถานที่จัดอบรม จำนวนผู้สำเร็จการอบรม ผู้ประสานการจัดอบรมพร้อมหมายเลขติดต่อ

๒.๓ เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาหนังสืออนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากการฝึกอบรมทางเลือก

- รายชื่อผู้สำเร็จการฝึกอบรม ฉบับภาษาไทย/ฉบับภาษาอังกฤษ ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและจัดเรียงประการนี้ยบัตรตามรายชื่อที่แนบ พร้อมทั้งส่งไฟล์ข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนด ทาง E-mail address : ittm.train@gmail.com

ทั้งนี้ หากรูปแบบประกาศนี้ยบัตรไม่เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด ขอสงวนสิทธิไม่อนุมัติลงนามในใบประกาศนี้ยบัตร

๒.๔ การขอประกาศนี้ยบัตรฉบับใบแทน จะลงนามในประกาศนี้ยบัตรให้ใหม่ ในกรณีสูญหายหรือชำรุดเท่านั้น โดยประกาศนี้ยบัตรฉบับใบแทนจะออกตามชื่อ - สกุล ประกาศนี้ยบัตรฉบับเดิมและออกเป็นวันที่ปัจจุบันเท่านั้น

- กรณีชำรุด/แก้ไขประกาศนี้ยบัตรที่ผ่านการลงนามแล้ว ให้แนบประกาศนี้ยบัตรฉบับเดิมพร้อมจัดทำประกาศนี้ยบัตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด
- กรณีสูญหาย ให้แนบใบแจ้งความ เอกสารหลักฐานการเข้ารับการอบรม พร้อมจัดทำประกาศนี้ยบัตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด

ทั้งนี้หน่วยงานผู้จัดการอบรมเป็นผู้ดำเนินการเสนอลงนามประกาศนี้ยบัตรฉบับใบแทนมา焉ั้ง กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมายเหตุ : กรณีที่ไม่ได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรและประกาศนี้ยบัตรด้านการแพทย์แผนไทยของกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกก่อนดำเนินการจัดอบรม จะไม่รับพิจารณาดำเนินการใดๆ ทั้งสิ้น

๓. อื่นๆ

๓.๑ การนับชั่วโมงเรียนในแต่ละวัน ไม่ควรเกินกว่า ๑๒ ชั่วโมง และไม่เกิน ๖๐.๐๐ น. โดยรวมเวลาทั้งหมดจะต้องไม่เกิน ๖๐ ชั่วโมง

๓.๒ การจัดการเรียนการสอนให้เรียงลำดับตามเนื้อหารายวิชาให้สอดคล้องเหมาะสมและต่อเนื่องไม่เรียนสลับกับรายวิชาอื่น เช่น เรียนวิชาภาษาไทย หุ่นยนต์ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ประวัติองค์ความรู้ฯ เส้นประชานสิบ ก่อนวิชาที่มีภาคปฏิบัติ เป็นต้น

๓.๓ วิชาภาคปฏิบัติ กำหนดวิทยากรหลัก ๑ คน และผู้ช่วยวิทยากร ๑ คน ต่อผู้เข้าอบรม ๑๐ คน

๓.๔ การอบรมทุกหลักสูตรจำนวนผู้เข้ารับการอบรมต้องมีไม่น้อยกว่า ๒๐ คน และไม่เกิน ๕๐ คน

** กรณีที่จัดอบรมหลักสูตรการนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง และหลักสูตรนวดฝ่าเท้าสำหรับผู้พิการทางสายตา ๘๐ ชั่วโมง จะต้องผ่านการรับรองหลักสูตรจากการสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยจำนวนผู้เข้ารับการอบรมต้องมีไม่น้อยกว่า ๕๐ คน

๓.๕ คงจะผู้ดำเนินการจัดอบรม วิทยากร ผู้สังเกตการณ์ ไม่สามารถขอรับประกาศนี้ยบัตรในหลักสูตรนั้นๆ

๓.๖ การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม

- ดำเนินการหลังเสร็จสิ้นการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ

- เก็บประสบการณ์ไม่เกินวันละ ๑๒ ชั่วโมง

- ผู้ควบคุมและผู้ประเมินผลเป็นไปตามหลักเกณฑ์คุณสมบัติวิทยากรภาคสนาม

๓.๗ การเสร็จสิ้นการฝึกอบรม ต้องเก็บประสบการณ์ครบ และนำเสนอกรณีศึกษา (ตามข้อกำหนดแต่ละหลักสูตร) พร้อมทั้งสรุปผลการสำเร็จการอบรม

๓.๘ การจัดทำประกาศนี้ยบัตรให้เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด และภายหลังจากที่ได้รับประกาศนี้ยบัตรฉบับลงนามเป็นที่เรียบร้อยแล้วจากกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอให้

ทางผู้จัดการอบรมติดรูปถ่ายผู้สำเร็จการอบรม (รูปถ่ายสีขนาด ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพน่าตื่น ไม่สวมแ้วนาตามพื้นที่ประทับตราหน่วยงานผู้จัดการอบรมบริเวณมุมล่างขวาเมื่อ)

ประกาศนียบัตร

- รูปแบบประกาศนียบัตรในแต่ละหลักสูตร (ตามตัวอย่างสิ่งที่ส่งมาด้วย)
- ใช้กระดาษสีขาวด้านในใช้กระดาษมันขนาด A4
- พิมพ์ด้วยตัวอักษรเคลื่อนท้องทั้งหมด ยกเว้นชื่อผู้ผ่านการอบรมให้ใช้ตัวอักษรสีดำ
- ฉบับภาษาไทย ให้ไว ณ วันที่ ฉบับภาษาอังกฤษ given on
พิมพ์ด้วยตัวอักษรสีทอง (ลงวันที่อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกลงนาม ซึ่งกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะเป็นผู้พิมพ์)
- ภาษาไทยใช้ตัวอักษร JASMINE UPC/ ภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษร ANGSANA NEW

๓.๔ การเสนอขออนุมัติหลักสูตร/ลงนามประกาศนียบัตร ต้องยื่นเรื่องผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๑. การดำเนินการอบรม

- ๑.๑ ส่งเอกสารในการขออนุมัติหลักสูตรและแผนดำเนินการก่อนจัดการฝึกอบรม รายละเอียดดังนี้
- สำเนาหนังสือรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากการสนับสนุนบริการสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด
 - ตารางสรุปรายชื่อวิทยากรในแต่ละรายวิชาพร้อมแนบสำเนาประกาศนียบัตร/คุณวุฒิวิทยากรที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ทำการสอน หนังสือรับรองประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงานสถานที่ปฏิบัติงาน และหมายเลขอรหัสพทที่ติดต่อได้

๑.๒ รายงานผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ นัยยังกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อจัดเก็บข้อมูล

๒. การออกประกาศนียบัตร

๒.๑ ผู้ลงนามประกาศนียบัตร

- กรณีโรงพยาบาลเป็นผู้จัดการอบรม ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ลงนาม
- กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดการอบรม ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ลงนาม

๒.๒ การออกเลขที่รุ่นและเลขที่ประกาศ หน่วยงานที่จัดอบรมสามารถออกเลขที่รุ่นและเลขที่ประกาศดังนี้

- เลขรุ่น เรียงลำดับการจัดอบรมในหลักสูตรนั้นๆ
- เลขที่ประกาศนียบัตร AA . BB/CCCCC/DDDD

AA	หมายถึง	รหัสศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทย
BB	หมายถึง	รหัสหลักสูตรการแพทย์แผนไทย
CCCCC	หมายถึง	รหัสประจำตัวผู้สำเร็จการอบรม เช่น ๐๐๐๐๑
DDDD	หมายถึง	ปีพุทธศักราชที่ออกประกาศนียบัตร

086-5654116 0.๗๐๙

๒.๓ การขอประกาศนียบตรฉบับใบแทน จะลงนามในประกาศนียบตรให้ใหม่ ในกรณีสูญหายหรือชำรุดเท่านั้น โดยประกาศนียบตรฉบับใบแทนจะออกตามชื่อ – สกุล ประกาศนียบตรฉบับเดิม และออกเป็นวันที่ปัจจุบันเท่านั้น

- กรณีชำรุด/แก้ไขประกาศนียบตรที่ผ่านการลงนามแล้ว ให้แนบประกาศนียบตรฉบับเดิม พร้อมจัดทำประกาศนียบตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด
- กรณีสูญหาย ให้แนบใบแจ้งความ เอกสารหลักฐานการเข้ารับการอบรม พร้อมจัดทำประกาศนียบตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด

๒.๔ การจัดทำประกาศนียบตรให้เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด โดยติดรูปถ่ายผู้สำเร็จการอบรม (รูปถ่ายสีขนาด ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ พร้อมทั้งประทับตราหน่วยงานผู้จัดการอบรม บริเวณมุมล่างขวามือ)

ประกาศนียบตร

- รูปแบบประกาศนียบตรในแต่ละหลักสูตร (ตามตัวอย่างสิ่งที่ส่งมาด้วย)
- ใช้กระดาษสีขาวด้าน ไม่ใช้กระดาษมัน ขนาด A4
- พิมพ์ด้วยตัวอักษรเคลื่อนทong ห้องหมด ยกเว้นชื่อผู้ผ่านการอบรม เลขที่ประกาศนียบตร ให้ใช้ตัวอักษรสีดำ
- ฉบับภาษาไทย “ให้ไว้ ณ วันที่” ฉบับภาษาอังกฤษ “given on”
พิมพ์ด้วยตัวอักษรสีทอง พร้อมลงวันที่นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงนาม
พิมพ์ด้วยตัวอักษรสีดำ
- ภาษาไทยใช้ตัวอักษร JASMINE UPC/ภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษร ANGSANA NEW

๓. หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบตร

๑. การดำเนินการอบรม

- ๑.๑ ส่งเอกสารในการขออนุมัติหลักสูตรและแผนดำเนินการก่อนจัดการฝึกอบรม รายละเอียดดังนี้
 - ตารางสรุประยุทธิ์วิทยากรในแต่ละรายวิชาพร้อมแนบสำเนาประกาศนียบตร/คุณวุฒิวิทยากร ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ทำการสอน หนังสือรับรองประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และหมายเลขอรหัสพทที่ได้ต่อได้
- ๑.๒ รายงานผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ รายจ่ายการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อจัดเก็บข้อมูล

๒. การออกประกาศนียบตร

- ๒.๑ ผู้ลงนามประกาศนียบตร
 - กรณีโรงพยาบาลเป็นผู้จัดการอบรม ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเป็นผู้ลงนาม
 - กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดการอบรม ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ลงนาม
- ๒.๒ การออกเลขที่รุ่นและเลขที่ประกาศ หน่วยงานที่จัดอบรมสามารถออกเลขที่รุ่นและเลขที่ประกาศดังนี้

มาตรฐานการจัดการฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

๑. นิยาม

๑.๑ ศูนย์ฝึกอบรม หมายถึง สถานที่จัดการฝึกอบรมหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการรับรองให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมฯ จากรัฐบาล

๑.๒ หลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง หลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ หลักสูตรเวชกรรมไทย หลักสูตรเภสัชกรรมไทย หลักสูตรผดุงครรภ์ไทย หลักสูตรการนวดไทย และหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ การฝึกอบรม หมายถึง การถ่ายทอดความรู้หลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย ในศูนย์ฝึกอบรมที่ผ่านการรับรองจากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยวิทยากรหรือผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยสาขาวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้หาหลักสูตร

๒. หลักเกณฑ์การจัดการฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

ประกอบด้วย ๗ ด้าน ดังนี้

๒.๑ สถานที่และอุปกรณ์ จัดเตรียมสถานที่รองรับการจัดการฝึกอบรมให้มีความเหมาะสม โดยมีพื้นที่สำหรับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ มีเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกเอื้ออำนวยต่อการฝึกอบรม

๒.๑.๑ ห้องอบรมภาคทฤษฎี มีพื้นที่กว้างขวาง ไม่แออัด มีเก้าอี้ โต๊ะ เพียงพอต่อจำนวนผู้เข้ารับการอบรม มีอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสม ปริมาณเพียงพอ และสอดคล้องกับหลักสูตร เนื้อหาวิชาที่สอน เครื่องเสียงคุณภาพดี ผู้เข้ารับการอบรมสามารถได้ยินการสอนชัดเจน การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีแต่ละครั้ง ผู้เข้ารับการอบรมไม่ควรน้อยกว่า ๒๐ คน และ ไม่เกินกว่า ๘๐ คน ต่อ ๑ ห้องเรียน

๒.๑.๒ ห้องอบรมภาคปฏิบัติ มีพื้นที่เพียงพอโดยเฉพาะการฝึกปฏิบัตินวดไทย ต้องมีเนื้อที่สำหรับการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า ๒.๕ ตร.ม./คน มีอุปกรณ์การเรียนการสอนสอดคล้องกับวิชาที่ฝึกปฏิบัติ เพียงพอและเหมาะสม เช่น เเบนวนด ความมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑.๖ X ๒ เมตร ต้องสะอาด และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

๒.๒ สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกห้องเรียน สภาพแวดล้อมทั่วไปควรมีความเหมาะสม ดังนี้

๒.๒.๑ มีระบบถ่ายเทอากาศดี

๒.๒.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ

๒.๒.๓ มีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย

๒.๒.๔ มีชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นและอุปกรณ์ความปลอดภัยอื่นๆ

๒.๒.๕ ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก

๒.๓ บุคลากร

บุคลากร จะต้องมีคุณสมบัติเหมาะสม ดังนี้

๒.๓.๑ วิทยากร ประกอบด้วย วิทยากรหลัก และวิทยากรผู้ช่วย

(๑) มีคุณวุฒิ ความรู้และประสบการณ์ ด้านการแพทย์แผนไทย และด้านอื่นๆ ที่กำหนด ในหลักเกณฑ์คุณสมบัติวิทยากรในการขออนุมัติใช้หลักสูตร ด้านการแพทย์แผนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข

(๒) มีความพร้อมในการถ่ายทอดความรู้

(๓) มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมในการเป็นวิทยากร

(๔) มีคุณธรรมและจริยธรรม

๒.๓.๒ ผู้ดำเนินการฝึกอบรม

- ๑) มีความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการ การฝึกอบรมให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด
- ๒) เตรียมความพร้อม สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ วิทยากร และผู้เข้ารับการอบรม เอกสารประกอบการอบรม
- ๓) ดำเนินการ และจัดการ ให้กระบวนการฝึกอบรมบรรลุวัตถุประสงค์
- ๔) ประเมินความสำเร็จของการจัดฝึกอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒.๓.๓ ผู้เข้ารับการอบรม

- ๑) มีความพร้อมในการเข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร
- ๒) มีบุคลิกภาพ และการแต่งกายเหมาะสมต่อการรับการถ่ายทอด
- ๓) มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดในหลักสูตร
- ๔) มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ
- ๕) มีความพร้อมที่จะดำรงรักษาภูมิปัญญาไทย เอกลักษณ์ไทย

๒.๔ การเรียนการสอน

๒.๔.๑ จัดทำตาราง และกำหนดระยะเวลาการเรียนการสอนหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย หัวภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการเก็บประสบการณ์ภาคสนาม(ถ้ามี) โดยต้องจัดการเรียนการสอนต่อเนื่อง สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า ๕ วัน วันละไม่น้อยกว่า ๓ ชั่วโมง และไม่เกินกว่าวันละ ๑๖ ชั่วโมง และการจัดการเรียน การสอนไม่เกินเวลา ๒๐.๐๐ น. (โดยรวมเวลาพักรับประทานอาหารเช้า กลางวันและเย็น)

๒.๔.๒ การจัดการเรียนการสอนให้เรียงลำดับตามเนื้อหารายวิชาให้สอดคล้องเหมาะสม และต่อเนื่อง (วิชาภาคทฤษฎีควรสอนก่อนวิชาภาคปฏิบัติ)

๒.๔.๓ กำหนด วัน เวลาการฝึกปฏิบัติงาน ภาคสนาม พร้อมระบุวิทยากรควบคุมการฝึกปฏิบัติงาน

๒.๔.๔ กำหนดการเก็บประสบการณ์ (case) และกรณีศึกษา (case study) พร้อมทั้งการจัดทำรายงานตามที่ระบุไว้ในแต่ละหลักสูตร

๒.๔.๕ จัดทำทะเบียนวิทยากรและทะเบียนผู้เข้ารับการอบรมโดยลงลายมือชื่อทุกวัน

๒.๕ การควบคุมคุณภาพการเรียนการสอน

๒.๕.๑ หลักสูตรต้องเป็นหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข และหลักสูตรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามเกณฑ์การขออนุมัติใช้หลักสูตรและประกาศนียบัตรด้านการแพทย์แผนไทย ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒.๕.๒ วิทยากรต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนดในแต่ละหลักสูตร

๒.๕.๓ สื่อการเรียนการสอนและโสตทัศนูปกรณ์ เหมาะสมในการจัดการเรียนการสอนและการศึกษาค้นคว้า

๒.๕.๔ สถานที่ เหมาะสมและเพียงพอในแต่ละหลักสูตรต่อผู้เข้ารับการอบรม

๒.๕.๕ มีการแจ้งหลักเกณฑ์การประเมินผลการเรียน ให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบ

๒.๕.๖ มีการประเมินผลการเรียนการสอนเป็นรายวิชา

๒.๕.๗ ผู้ดำเนินการอบรม รวมรวม วิเคราะห์ สรุปผลการประเมิน

๒.๕.๘ ผู้ดำเนินการอบรม วางแผน/ปรับปรุงระบบการจัดการเรียนการสอน

๒.๖ การประเมินผลการเรียนการสอน

๒.๖.๑ แจ้งเกณฑ์การประเมินผลการเรียนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการเก็บประสบการณ์ภาคสนาม โดยประเมินผลการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชา (ภาคทฤษฎีร้อยละ ๖๐ ภาคปฏิบัติร้อยละ ๓๐ และการเก็บประสบการณ์ภาคสนามตามที่แต่ละหลักสูตรกำหนด)

๒.๖.๒ แจ้งเกณฑ์การประเมินผลระยะเวลาที่เข้ารับการอบรมตลอดหลักสูตร ร้อยละ ๕๐

๒.๗ ที่พักวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรม

มีที่พักหรือจัดหาสถานที่รับรองสำหรับวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม

รหัสหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	หลักสูตร	รหัส	หมายเหตุ
๑	หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย(๑๐๐ ชั่วโมง)	๕	
๒	หลักสูตรฝึกฝนประสบการณ์งานเวชปฏิบัติแผนไทย(๓๗ ชั่วโมง)	๓๕	
๓	หลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทยและยาในบัญชียา หลักแห่งชาติ(๓๐ ชั่วโมง)	๔๑	
๔	หลักสูตรการใช้ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับผู้ได้รับ มอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(๑๓ ชั่วโมง)	๑๖	
๕	หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน(๑๘ ชั่วโมง) ๖.๑ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย) ๖.๒ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ๖.๓ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน (ผู้สูงอายุในชุมชน)	๑๗.๑ ๑๗.๒ ๑๗.๓	

รายชื่อศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในส่วนภูมิภาค

เขต	จังหวัด	สถานที่ตั้งศูนย์ฝึกการอบรม
1	เชียงใหม่	โรงพยาบาลสันป่าตอง
	เชียงราย	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2	พิษณุโลก	สสจ.พิษณุโลก
3	พิจิตร	โรงพยาบาลทับคล้อ
4	พระนครศรีอยุธยา	สสจ.พระนครศรีอยุธยา
	อ่างทอง	สสจ.อ่างทอง
5	นครปฐม	โรงพยาบาลห้วยพลู
	เพชรบูรี	สสจ.เพชรบูรี
6	สระแก้ว	โรงพยาบาลวัฒนานคร
	ชลบุรี	โรงพยาบาลพนัสนิคม
7	มหาสารคาม	สสจ.มหาสารคาม
8	อุดรธานี	สสจ.อุดรธานี
	สกลนคร	สสจ.สกลนคร
9	นครราชสีมา	สสจ.นครราชสีมา
10	ศรีสะเกษ	โรงพยาบาลขุนหาญ
11	นครศรีฯ	โรงพยาบาลหัวไทร
12	ตรัง	โรงพยาบาลห้วยยอด
	ยะลา	สสจ.ยะลา

รูปแบบใบประกาศนียบัตร

๑) รูปแบบใบประกาศนียบัตรหลักสูตร
การแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานอื่น
ขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและ
ลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



กรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่

๑๗๘๗๔๒๙๕๒	๑๙๖๒	๒๔๗๖	๒๔๗๖
สุจาระ พันธุ์ชัย	นราฯ	นราฯ	นราฯ
พญานาค บัวบาน	บัวบาน	บัวบาน	บัวบาน
บุญธรรม ธรรมชาติ	ธรรมชาติ	ธรรมชาติ	ธรรมชาติ

กรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนักวิชาเพื่อแสดงว่า

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (๗๗๒ ชั่วโมง) รุ่นที่...
ของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยโรงพยาบาล...
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุธถึงศุกร์

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....
(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....
(นาย.....)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก
(นาย.....)

(นายธนดิษฐ์)
(นาย.....)

(นาย.....)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก



กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

NO.

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

บัญชี เล่ม ๑๖
ผู้ฝึกอบรม
ผู้สอน
ผู้ติดตาม
ผู้ประเมิน

awards this certificate of training
to
.....

The training program on Thai traditional medicine assistant curriculum (372 hours), group...
for successful achievement in
The training program on Thai traditional medicine assistant curriculum (372 hours), group...
under the auspices of the Institute of Thai Traditional Medicine,
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine,
Ministry of Public Health and Provincial Health Office by Hospital.
From ... (day)...(month)... to ... (day)...(month)...(year)...
given on

(....., MD.)
Director ofHospital

(....., MD.)
.....Provincial Chief Medical Officer

(Marut Jirasrattasil, MD.)
Director General,
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานพัฒนาและประเมินผลการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

เลขที่

วันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๔
พิจารณาโดย
ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ
นายแพทย์.....

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้สำเร็จหลักสูตรการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถาบันนือนมัย

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข

ระหว่างวันที่ถึงพุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นายรุต วิรเดษฐ์สิริ)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



กระทรวงสาธารณสุข
กรมแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่

๑๗๙๔๒๖๓๒ ๒๙ ๒๕๖๓
สุกกาล พันธ์ชัย
พัฒนาภัณฑ์ทางเลือก
ผู้จัดทำ

กรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (๗๓๒ ชั่วโมง) รุ่นที่...
ของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่ถึง.....พุทธศักราช

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....
นายแพทย์สาธารณสุข.....

(นายมรดุ จิรประชุรุส)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก



กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

NO.

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

awards this certificate of training
to
.....

The training program on Thai traditional medicine assistant curriculum (372 hours), group...
for successful achievement in
under the auspices of the Institute of Thai Traditional Medicine,
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine,
Ministry of Public Health and Provincial Health Office.
From ... (day)...(month)... to ... (day)...(month)...(year)...
given on
.....

(....., MD.)

.....Provincial Chief Medical Officer

(Marut Jirasrattasiri, MD.)

Director General,

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



กรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่

ดิจิทัล
ถูกกฎหมาย
น้ำยาที่ใช้ในสุขา
ผู้ต้องขังที่ต้องการ
ดูแลสุขภาพของตัวเอง

กรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประเทกนวตไทย รุ่นที่.....
ของสถาบันการแพทย์แผนไทย ก្នอมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง..... พ.ศ.๒๕๖๘.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

(นายรุต จิราธรรมชัยสิริ)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



NO.

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

awards this certificate of training

to

.....

for successful achievement in

The training program on Diploma in traditional Thai Massage, group...

under the auspices of the Institute of Thai Traditional Medicine,
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine,
Ministry of Public Health and Provincial Health Office.
From ... (day) ... (month) ... to ... (day) ... (month) ... (year) ...

given on

(....., MD.)

....., Provincial Chief Medical Officer

(Marut Jirasrattasiri, MD.)

Director General,

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

บิ๊กไน์ ชั้น ๒ ถ. ๑๖๔
สุราษฎร์ธานี
พ.สายไหมบ้านกลาง ชาน
ผู้จัด
ห้องสมุด จังหวัด



กระทรวงสาธารณสุข
กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่

คําขอรับหนังสือ ใบอนุญาต
ถูกต้องตามกฎหมาย
เพื่อประกอบธุรกิจทางการแพทย์
ผู้จัดอบรม
มุ่งมั่นศรัทธา

กรมการแพทย์แผนไทยและมาตรการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประเกณவตไทย รุ่นที่.....
ของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... โดยโรงพยาบาล.....
ระหว่างวันที่.....ถึง..... พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

(นายธรัฐ อิรเศรษฐสิริ)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



นิตยสารวิชาการและวิจัยด้านสุขภาพทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

NO.

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

ជីវិតការណ៍នៃ នៅ នគរ
ស្ថាបនប៉ុង
ដ៏ស្ថាបនប៉ុងទាក់ទង
ឯក
សម្រាប់អាជីវការ

awards this certificate of training
to
.....

for successful achievement in

The training program on Diploma in traditional Thai Massage, group...

under the auspices of the Institute of Thai Traditional Medicine,
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine,
Ministry of Public Health and Provincial Health Office by Hospital.
From ... (day)...(month)... to ... (day)...(month)...(year)...

given on

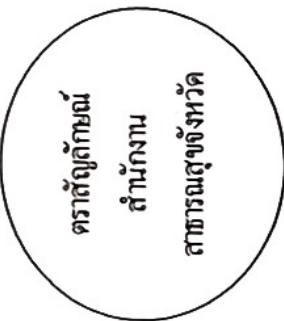
(....., MD.)
Director ofHospital

(....., MD.)
.....Provincial Chief Medical Officer

(Marut Jirasrattarsi, MD.)
Director General,

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

๒) รูปแบบใบประกาศนียบัตรหลักสูตร
การแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้ศูนย์ฝึกอบรม
การแพทย์แผนไทยดำเนินการอบรมและ
ลงนามประกาศนียบัตร



เลขที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ผู้ดูแลบ้านเลขที่ ๑๙๒ หมู่ ๑
บ้านหนองหิน ตำบลหนองหิน
อำเภอหนองหิน จังหวัดชัยภูมิ
ลงนามในหนังสือดังนี้

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย รุ่นที่.....

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ประจำปี.....

นาย.....
ให้ไว้ ณ วันที่
ประจำปี.....
พ.ศ.

(นาย.....)
นายแพทย์สุราษฎร์ สุจังจัง.....
(นาย.....)

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่

โรงพยาบาล.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้เพื่อแสดงว่า

ผู้มีชื่อต่อไปนี้ได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ
ในหัวข้อ.....
จำนวน.....ชั่วโมง.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพโดยแพทย์แผนไทย รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและภัณฑ์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ประจำวันที่..... กิจ..... พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่.....

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ประจำต้นบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

บัตรนี้ใช้ได้ ในเขต
ท้องที่ท่องเที่ยว
แห่งประเทศไทย
ผู้ถือบัตรนี้สามารถเข้าชม
สถานที่ท่องเที่ยว

ได้สำเร็จจากการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมประสบการณ์งานเวชปฏิบัติแผนไทย รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและภาระแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....



ເລກທີ

ຕະຫຼາດສູງລ້າຍມື
ໂຮງໝານດາ

ໂຮງພຍານບາລ.....

ສໍານັກງານສາຣາຣນສຸຂອຈົງຫວັດ.....

ປະກາຕົມບັນຫຼັດນີ້ໃຫ້ວັນເພື່ອແສດງວ່າ

ລົດຖະບານ ໂນ້າ ໄກສະ
ສຸກາກົມ້າຫຼວງ
ເກົ່າແມ່ນວັນທີການວຽກ
ຜູ້ອັນ
ທະນາຄົມ້າການວຽກ

ໄດ້ສໍາເລັງກາຣອບຮນໜ້າກສູຕຣີຝັກຝົມປະກາຮນ່າງນາເວົ້ວປົງບົດແຜນໄທຍ ຮຸນທີ.....
ຂອງກຣນກາຣແພຍ່ແພຍໄທຍແລະກາຣແພຍ່ທາງເລືອກ ກຣະກຣວອງສາຮາຣນສຸຂ
ໂໂຮງພຍານບາລ.....ສໍານັກງານສາຣາຣນສຸຂຈົງຫວັດ.....
ຮະຫວ່າງວັນທີ.....ດຶງ.....ພູຖອຕົກຮາຊ.....
ໃຫ້ວັນ ວັນທີ

(ເບາຍ.....)
ຜູ້ວ່ານຍາກາຣໂຮງພຍານບາລ.....

(ເບາຍ.....)
ນາຍເພິ່ພະໍສໍາຮາຣນສຸຂຈົງຫວັດ.....

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

กิจกรรมนี้ เป็นไปอย่าง
ถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบ
ได้ ผ่านการจัดอบรม
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทย
และยาในบัญชีอยา斛แลกเปลี่ยนยาติด รับภาระ.....
ของกรุณาเรียนแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่ถึง..... พหรือตั้งราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

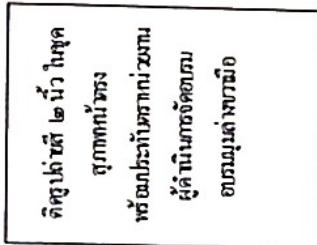
(hely.....
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....)

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่

โรงพยาบาล.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ประจำต้นฉบับตรัพีให้ไว้เพื่อแสดงว่า
.....



ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทย
และยาในบุคคลเชิงทางคลินิกแห่งชาติ รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุธที่ราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

(นาย.....)
แพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

๓)รูปแบบใบประกาศนียบัตรหลักสูตร
การแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงาน
ภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร



เล่มที่

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ประจำตัวบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

บัตรนี้ใช้ได้ในทุก
สถานที่ท่องเที่ยว
ท่องเที่ยวท่องเที่ยว
ท่องเที่ยวท่องเที่ยว

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการใช้ยาแผนไทยในบัณฑิษยาหลักแห่งชาติ
สำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ประกันโดยติดต่อบริษัทวิทยาศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง..... พบรดตั้กราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
หมายเหตุ.....)



เลขที่

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

โรงพยาบาล.....

๑๗๙๘๔๕๒ ๒๙ ๑๖๔
อุบลราชธานี
๕๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชาน
ยาน พานิชกร
ยาน พานิชกร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประจำตั้งนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการใช้อาภัยในบัญชีอาหารแห่งชาติ
สำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ประกอบโปรดติดตัวสตร์การแพทย์แผนไทย
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยเจริญศิลป์ กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาล..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

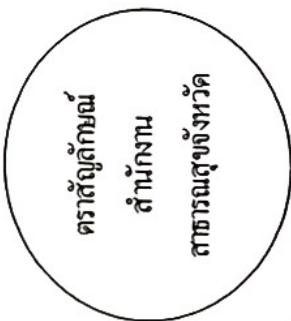
(hely)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....



ເລກທີ

ຄຣະສັງລັບພາຍ
ສຳນັກງານ
ຕະຫຼາມຕູ້ຫຼັກ



ສໍານັກງານສາຮາຮນສຸຂຈັງຫວັດ.....

ປະກາດນີ້ຍັບຕຽນບັນດາໃຫ້ໄວ້ເພື່ອແສດງວ່າ

.....

ໄດ້ສໍາເລັດກາຮອບຮນໜ້າກສົດກາຮາດແລະສໍາກາພິສົງອາຍຕ້ວຍກາຮ່າພ່ອແຜນໄຫຍ

ແລະກາຮ່າພ່ອສົມພານ (ອາສາສົມຕຣສາຮາຮນສຸຂປະລິດຈຳໜັງບັນ) ຮຸນທີ.....

ການການກາຮ່າພ່ອແຜນໄຫຍແລະກາຮ່າພ່ອທ່າງເລືອດ ກະທຽວງສາຮາຮນສຸຂ

ໂດຍສໍານັກງານສາຮາຮນສຸຂຈັງຫວັດ.....

ຮະຫວ່າງວັນທີ.....ດີງ.....ພູຣີຕຶກຮາຊ.....

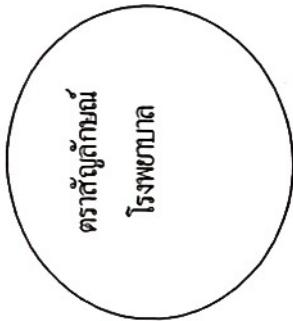
ໄວ້ໄວ້ ນັ້ນທີ

ຄຣະສັງລັບພາຍ	ນັ້ນທີ
ຕະຫຼາມຕູ້ຫຼັກ	ນັ້ນທີ
ສຳນັກງານ	ນັ້ນທີ
ຕະຫຼາມຕູ້ຫຼັກ	ນັ້ນທີ

(ບາຍ.....
ນາຍພ່ອສໍາຄວນສຸຂຈັງຫວັດ.....)



เลขที่

ตรัสัญญาณ
โรงพยาบาล

โรงพยาบาล.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ประจำตั้งตั้งไว้เพื่อแสดงว่า

กิจกรรมการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์สมัยโบราณ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) รุ่นที่.....
ขอเชิญชวนให้ผู้สนใจเข้าร่วมการฝึกอบรมทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

ให้สำหรับการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์สมัยโบราณ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) รุ่นที่.....
ขอเชิญชวนให้ผู้สนใจเข้าร่วมการฝึกอบรมทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุธศักราช.....

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....



เลขที่

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

พิจิตร์ ใจ น้ำ นิชค
ถูกแต่งตั้งให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
และภาระแพทย์แผนสานan (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย) รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ให้ไว้ ณ วันที่.....
ประจำปี..... พุทธศักราช.....
(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ໂຮງພຍານາລ.....

ສໍານັກງານສາຮາກນສຸຂອວງຫວັດ.....

ປະກາຕົມບັນຕິຮັບໃຫ້ວິເພື່ອແສດງວ່າ

ໄດ້ສໍາເລັດກາຮອບຮຽນຫຼັກສູດຕຣກາດແລະສຸກາມເຄື່ອງການຕົວຍາກພາຍແຜນໄທ

ແລະການແພ່ນົມສົມພານ (ເຝຟ້ອງພາຍແພນໄທ) ຮຸນທີ.....

ແອວງການກາຮ່າພ່າຍແພນໄທແລະກາຮ່າພ່າຍແພນໄທ ກະທຽວງສາຮາຮາມສູນ

ໂຄໂຮພານາລ.....ສໍານັກງານສາຮາກນສຸຂອງຫວັດ.....

ໄຫວ້ ໂນ ວັນທີ.....
ພົກຕົກຮາຊ.....

(ນາຍ.....)
ຝູ້ອຳນວຍກາຮ່າພ່າຍແພນໄທ.....

(ນາຍ.....)
ນາຍພະຍົມສະຫັງຫວັດ.....

ຕະລັບບັນຫຼຸງ
ໂຮງພຍານາລ

ໄລຍະທີ

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
ตานตะวันฯ

เลขที่

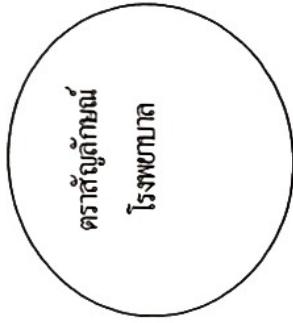
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... ประจำเดือนมิถุนายนให้ไวเพื่อแสดงว่า

บริษัทเมืองไทยจำกัด
ศูนย์บริการด้านสุขภาพ
ผู้ผลิตและจัดจำหน่าย
ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ได้ดำเนินการรับมอบสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์แผนพมพาน (ผู้สูงอายุ) รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุธที่.....

ให้ไว ณ วันที่

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....



លេខទំ

ទំនាក់ទំនង នគរបាល.....

សាន្តកង់ងារ នគរបាល សុខវិថុត.....

ប្រកាសបីយុប្ញត្រដើម្បីផ្តល់នូវអេសទំនាក់ទំនង នគរបាល

ពីគុម្ភនៃខេត្ត ២ នៅ នឹងក្រុង
ត្រូវការការណ៍ការបង់បញ្ហា
ដែលមានការចំណែកជាមួយ
ស្ថាបន្ទាន់នៅក្នុងខេត្ត

ទីតាំងនៃការបង់បញ្ហាដែលបានបង្កើតឡើង នៅក្នុងខេត្ត ២ នៅ នឹងក្រុង

នគរបាល សាន្តកង់ងារ នគរបាល សុខវិថុត នគរបាល សាន្តកង់ងារ នគរបាល សុខវិថុត.....

នគរបាល សាន្តកង់ងារ នគរបាល សុខវិថុត នគរបាល សាន្តកង់ងារ នគរបាល សុខវិថុត.....

នគរបាល សាន្តកង់ងារ នគរបាល សុខវិថុត.....

(បាយ.....)
ដើម្បីបង្កើតការបង់បញ្ហាដែលបានបង្កើតឡើង នៅក្នុងខេត្ត ២ នៅ នឹងក្រុង

(បាយ.....)
ដើម្បីបង្កើតការបង់បញ្ហាដែលបានបង្កើតឡើង នៅក្នុងខេត្ត ២ នៅ នឹងក្រុង

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณูปัต্তิ

เลขที่

สำนักงานสาธารณูปัต্তิจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

พิรุณ พีระ นิศาค
ฤกานันช์
พช. ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๗

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรนวัตกรรมสำหรับผู้พิการทางสายตา (๕๐ ชั่วโมง) รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณูปัต្តิ
โดยสำนักงานสาธารณูปัต្តิจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุธที่กราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณูปัต្តิจังหวัด.....

ទ្រព័ន្ធគ្មាន
នរោត្តមក

លេខទំ

ទំនាក់ទំនង..... នរោត្តមក.....

សំណើការនស្ថិចុងហើត.....
ប្រកាសបីយុត្តិថីខ្លួនដែលគាំទាយ.....
.....

ទីក្រុងផ្ទះ ២ ផ្លូវ នឹងអុទ្ធបុរាណ
ស្រុកកំរង់
ដៃឃុំនៅក្នុងខេត្តសាស្ត្រ
ដូចជានាក់សាស្ត្រ
ធម្មោះនាក់សាស្ត្រ

ឱ្យសារិគ្គការទេស្តីទេស្តីការការងារសាយតា (៤០ ខែមិថុនា) រុញពី.....
ខែក្រោមការណែនាំរៀបចំការណែនាំរៀបចំការណែនាំ
ទូទៅទំនាក់ទំនង.....សំណើការនស្ថិចុងហើត.....
របៀប.....
និង.....
និង.....
និង.....
.....

(បាយ.....
ដូចជានាក់សាស្ត្រ
ធម្មោះនាក់សាស្ត្រ)

(បាយ.....
បាយមេដាយសារិគ្គការណែនាំរៀបចំការណែនាំ
ដូចជានាក់សាស្ត្រ
ធម្មោះនាក់សាស្ត្រ.....)

๔) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้สถานฝึกอบรมด้านนวดไทยเพื่อสุขภาพ ภายใต้การรับรองของกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๙ ดำเนินการอบรมและลงนาม ประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับ หน่วยงานผู้จัดการอบรม

(นายธนกร จิรเดชชุสติ)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....
ภาค.....)

ให้ไว้ ณ วันที่

๒๕๖๐ ชั่วโมง รุ่นที่...
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ได้สำเร็จหลักสูตรนวัตไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง รุ่นที่...

ประจำต้นฉบับไว้เพื่อแสดงว่า

กระทรวงสาธารณสุข

ออกให้ไว้

ดิฉันได้อ่านและเข้าใจดีว่า
ถูกห้ามห้าม
พื้นที่สาธารณะ
ห้ามนำสัตว์进ห้อง
มุ่งมั่นเรียน

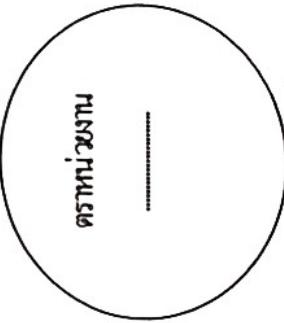
(ชื่อหน่วยงาน.....
.....)

ภายในตัวอย่างนี้สามารถนำไปอบรมจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เลขที่.....

ตราหน่วยงาน





เลขที่

(นักเรียน.....)

an accredited school of Thai Traditional massage for health
 by the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine,
 Ministry of Public Health
 awards this certificate
 to

พิศุษฐ์ ใจ น้ำ ใจดี
สุกุมาร์ ธรรม
นร์บุรี วงศ์
โรงพยาบาลชุมชนจังหวัด
ชลบุรี
บุณย์ พานิช

The training program on Thai massage for health 150 hours, group...
 From ... (day)...(month)... to ... (day)...(month)...(year)...
 given on

(....., MD.)

..... Provincial Chief Medical Officer

(Marut Jirasrattasiri, MD.)

Director General,

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

(ชื่อหน่วยงาน.....)

ภายใต้การรับรองมาตรฐานการฝึกอบรมจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ศิษย์เก่า ๒ น้ำ โน๊ต
สุกานันท์ ธรรม
น้ำ มนัสวัฒนา
โน๊ตโน๊ต
น้ำ โน๊ต

กรุงเทพมหานคร

ประกายดีเยี่ยมบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้สำเร็จหลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง รุ่นที่...
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

(นายมรุต จิรเดชธนธิร)

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตราหนังสาน

爰ที่

(ชื่อหน่วยงาน.....)

an accredited school of Thai Traditional massage for health
by the Department of Thai Traditional and Alternative Medicine,
Ministry of Public Health
awards this certificate
to
.....
for successful completion of

The training program on foot massage for health 60 hours, group...
From ... (day)...(month)... to ... (day)...(month)...(year)...
given on

(....., MD.)

.....Provincial Chief Medical Officer

(Marut Jirasrattasiri, MD.)

Director General,

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

บัญชีรายรับ ๒๖ ๒๕๖๔
สูงสุด ๗๘
พื้นที่บริการ ๗๘
ในเขตบ้านบึงตัน
จังหวัดชลบุรี
มูลค่า ๗๘