หลักเกณฑ์การขออนุมัติใช้หลักสูตรและประกาศนียบัตรการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานอื่นขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑.๑ หลักสูตรการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (๖๐ ชั่วโมง)

๑.๒ หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (๓๗๒ ชั่วโมง)

๑.๓ หลักสูตรวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประเภทการนวดไทย (๑,๓๐๐ ชั่วโมง)

ทั้งนี้ หน่วยงานที่ขออนุมัติใช้หลักสูตรลำดับที่ ๑.๒ และ ๑.๓ ต้องผ่านการรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากสภาการแพทย์แผนไทย และปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการรับรองและการดำเนินการของสถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗

๒) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๒.๑ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย (๑๐๐ ชั่วโมง)

๒.๒ หลักสูตรฝึกฝนประสบการณ์งานเวชปฏิบัติแผนไทย (๗๒ ชั่วโมง)

๒.๓ หลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทยและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (๓๐ ชั่วโมง)

ทั้งนี้ ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยที่มีความประสงค์จัดอบรมหลักสูตรลำดับที่ ๒.๑ ต้องผ่านการรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๓) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๓.๑ หลักสูตรการใช้ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (๑๓ ชั่วโมง)

๓.๒ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (๑๘ ชั่วโมง)

๓.๓ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าสำหรับผู้พิการทางสายตา (๘๐ ชั่วโมง)

๔) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้สถานฝึกอบรมด้านนวดไทยเพื่อสุขภาพภายใต้การรับรองของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๙ ดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานผู้จัดการอบรม

๔.๑ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ เซลยศักดิ์ (๑๕๐ ชั่วโมง)

๔.๒ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ราชสำนัก (๑๕๐ ชั่วโมง)

๔.๓ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ (๖๐ ชั่วโมง)

หมายเหตุ ให้หน่วยงานผู้จัดการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยทุกหลักสูตร ตามข้อ ๒,๓ และ ๔ ส่งเอกสารในการขออนุมัติหลักสูตรและแผนดำเนินการก่อนจัดการฝึกอบรม พร้อมส่งรายชื่อผู้เข้าอบรมและรายงานผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ มายังกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แนวทางการขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๑) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานอื่นขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. การขออนุมัติใช้หลักสูตร

๑.๑ หนังสือขออนุมัติใช้หลักสูตรเรียนอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รายละเอียดดังนี้

- ระบุช่วงเวลาการจัดอบรม (ภาคทฤษฎี/ปฏิบัติ และฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม) สถานที่จัดอบรม จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ผู้ประสานการจัดอบรมพร้อมหมายเลขติดต่อ
- ดำเนินการยื่นขออนุมัติใช้หลักสูตร**ก่อนดำเนินการจัดอบรม ๒๐ วันทำการ**

๑.๒ เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาโครงการที่ได้รับอนุมัติดำเนินการอบรม
- สำเนาหนังสือรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากสภาการแพทย์แผนไทยตามที่กฎหมายกำหนด
- ตารางการจัดอบรม โดยระบุ วัน เวลา ระยะเวลาเรียน รายชื่อวิทยากรหลักและวิทยากรผู้ช่วย ในแต่ละรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ
- การฝึกปฏิบัติงานภาคสนามให้ระบุช่วงเวลา สถานที่ และผู้ควบคุม
- ตารางสรุปรายชื่อวิทยากรในแต่ละรายวิชาพร้อมแนบสำเนาประกาศนียบัตร/คุณวุฒิวิทยากรที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ทำการสอน หนังสือรับรองประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

๑.๓ กรณีเปลี่ยนแปลงระยะเวลาการฝึกอบรมให้แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเปิดการอบรม

๑.๔ การแจ้งรายชื่อผู้เข้ารับการอบรม พร้อมทั้งส่งไฟล์ข้อมูลตามรูปแบบที่กำหนด (ตามเอกสารแนบ) ทาง E- mail address : ittm.train@gmail.com

- หลักสูตรการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และหลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง ให้แจ้งภายหลังการเปิดอบรมไม่เกิน ๒ วัน
- หลักสูตรอื่นๆ ให้แจ้งภายหลังเปิดการฝึกอบรมไม่เกิน ๑ สัปดาห์

**** ทั้งนี้ ต้องได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรและประกาศนียบัตรการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกก่อนดำเนินการจัดอบรม ****

๒. การขออนุมัติลงนามประกาศนียบัตร

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

๒.๒ หนังสือขออนุมัติลงนามประกาศนียบัตรเรียนอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รายละเอียดดังนี้

- ระบุช่วงเวลาการจัดอบรม (ภาคทฤษฎี/ปฏิบัติ และฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม) สถานที่จัดอบรม จำนวนผู้สำเร็จการอบรม ผู้ประสานการจัดอบรมพร้อมหมายเลขติดต่อ

๒.๓ เอกสารประกอบการพิจารณา

- สำเนาหนังสืออนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

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

ทั้งนี้ หากรูปแบบประกาศนียบัตรไม่เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด ขอสงวนสิทธิไม่อนุมัติลงนามในใบประกาศนียบัตร

๒.๔ การขอประกาศนียบัตรฉบับใบแทน จะลงนามในประกาศนียบัตรให้ใหม่ ในกรณีสูญหายหรือชำรุดเท่านั้น โดยประกาศนียบัตรฉบับใบแทนจะออกตามชื่อ – สกุล ประกาศนียบัตรฉบับเดิมและออกเป็นวันที่ปัจจุบันเท่านั้น

- กรณีชำรุด/แก้ไขประกาศนียบัตรที่ผ่านการลงนามแล้ว ให้แนบประกาศนียบัตรฉบับเดิมพร้อมจัดทำประกาศนียบัตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด
- กรณีสูญหาย ให้แนบใบแจ้งความ เอกสารหลักฐานการเข้ารับการอบรม พร้อมจัดทำประกาศนียบัตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด

ทั้งนี้หน่วยงานผู้จัดการอบรมเป็นผู้ดำเนินการเสนอลงนามประกาศนียบัตรฉบับใบแทนมายังกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมายเหตุ : กรณีที่ไม่ได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรและประกาศนียบัตรด้านการแพทย์แผนไทยของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกก่อนดำเนินการจัดอบรม จะไม่รับพิจารณาดำเนินการใดๆ ทั้งสิ้น

๓. อื่นๆ

๓.๑ การนับชั่วโมงเรียนในแต่ละวัน ไม่ควรเกินกว่า ๑๒ ชั่วโมง และไม่เกิน ๒๐.๐๐ น. โดยรวมเวลาพักรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น

๓.๒ การจัดการเรียนการสอนให้เรียงลำดับตามเนื้อหารายวิชาให้สอดคล้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ไม่เรียนสลับกับรายวิชาอื่น เช่น เรียนวิชากายวิภาคศาสตร์ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ประวัติองค์ความรู้ฯ เส้นประธานสิบ ก่อนวิชาที่มีภาคปฏิบัติ เป็นต้น

๓.๓ วิชาภาคปฏิบัติ กำหนดวิทยากรหลัก ๑ คน และผู้ช่วยวิทยากร ๑ คน ต่อผู้เข้าอบรม ๑๐ คน

๔.๓ การอบรมทุกหลักสูตรจำนวนผู้เข้ารับการอบรมต้องมีไม่น้อยกว่า ๒๐ คน และไม่เกิน ๘๐ คน

**** กรณีที่จัดอบรมหลักสูตรการนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง และหลักสูตรนวดฝ่าเท้าสำหรับผู้พิการทางสายตา ๘๐ ชั่วโมง จะต้องผ่านการรับรองหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยจำนวนผู้เข้ารับการอบรมต้องมีไม่เกิน ๔๐ คน**

๓.๔ คณะผู้ดำเนินการจัดอบรม วิทยากร ผู้สังเกตการณ์ ไม่สามารถขอรับประกาศนียบัตรในหลักสูตรนั้นๆ

๓.๕ การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม

- ดำเนินการหลังเสร็จสิ้นการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
- เก็บประสบการณ์ไม่เกินวันละ ๑๒ ชั่วโมง
- ผู้ควบคุมและผู้ประเมินผลเป็นไปตามหลักเกณฑ์คุณสมบัติวิทยากรภาคสนาม

๓.๖ การเสร็จสิ้นการฝึกอบรม ต้องเก็บประสบการณ์ครบ และนำเสนอกรณีศึกษา (ตามข้อกำหนดแต่ละหลักสูตร) พร้อมทั้งสรุปผลการสำเร็จการอบรม

๓.๗ การจัดทำประกาศนียบัตรให้เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด และภายหลังจากที่ได้รับประกาศนียบัตรฉบับลงนามเป็นที่เรียบร้อยแล้วจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอให้

ทางผู้จัดการอบรมติดรูปถ่ายผู้สำเร็จการอบรม (รูปถ่ายสีขนาด ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ พร้อมทั้งประทับตราหน่วยงานผู้จัดการอบรมบริเวณมุมล่างขวามือ)

ประกาศนียบัตร

- **รูปแบบประกาศนียบัตรในแต่ละหลักสูตร (ตามตัวอย่างสิ่งที่ส่งมาด้วย)**
- **ใช้กระดาษสีขาวด้าน ไม่ใช้กระดาษมัน ขนาด A๔**
- **พิมพ์ด้วยตัวอักษรเคลือบทองทั้งหมด ยกเว้นชื่อผู้ผ่านการอบรมให้ใช้ตัวอักษรสีดำ**
- **ฉบับภาษาไทย ให้ไว้ ณ วันที่ ฉบับภาษาอังกฤษ given on พิมพ์ด้วยตัวอักษรสีทอง (ลงวันที่อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกลงนาม ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจะเป็นผู้พิมพ์)**
- **ภาษาไทยใช้ตัวอักษร** JASMINE UPC/ **ภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษร** ANGSANA NEW

๓.๘ การเสนอขออนุมัติหลักสูตร/ลงนามประกาศนียบัตร ต้องยื่นเรื่องผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๑. การดำเนินการอบรม

๑.๑ ส่งเอกสารในการขออนุมัติหลักสูตรและแผนดำเนินการก่อนจัดการฝึกอบรม รายละเอียดดังนี้

- สำเนาหนังสือรับรองหน่วยงานและหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด
- ตารางสรุปรายชื่อวิทยากรในแต่ละรายวิชาพร้อมแนบสำเนาประกาศนียบัตร/คุณวุฒิวิทยากรที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ทำการสอน หนังสือรับรองประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

๑.๒ รายงานผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ มายังกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 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 คุณอ้อม

๒.๓ การขอประกาศนียบัตรฉบับใบแทน จะลงนามในประกาศนียบัตรให้ใหม่ ในกรณีสูญหายหรือชำรุดเท่านั้น โดยประกาศนียบัตรฉบับใบแทนจะออกตามชื่อ – สกุล ประกาศนียบัตรฉบับเดิม และออกเป็นวันที่ปัจจุบันเท่านั้น

- กรณีชำรุด/แก้ไขประกาศนียบัตรที่ผ่านการลงนามแล้ว ให้แนบประกาศนียบัตรฉบับเดิม พร้อมจัดทำประกาศนียบัตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด
- กรณีสูญหาย ให้แนบใบแจ้งความ เอกสารหลักฐานการเข้ารับการอบรม พร้อมจัดทำประกาศนียบัตรฉบับใบแทนตามรูปแบบที่กำหนด

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

ประกาศนียบัตร

- **รูปแบบประกาศนียบัตรในแต่ละหลักสูตร (ตามตัวอย่างสิ่งที่ส่งมาด้วย)**
- **ใช้กระดาษสีขาวด้าน ไม่ใช้กระดาษมัน ขนาด A๔**
- **พิมพ์ด้วยตัวอักษรเคลือบทองทั้งหมด ยกเว้นชื่อผู้ผ่านการอบรม เลขที่ประกาศนียบัตร ให้ใช้ตัวอักษรสีดำ**
- **ฉบับภาษาไทย “ ให้ไว้ ณ วันที่” ฉบับภาษาอังกฤษ “given on” พิมพ์ด้วยตัวอักษรสีทอง พร้อมลงวันที่นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงนาม พิมพ์ด้วยตัวอักษรสีดำ**
- **ภาษาไทยใช้ตัวอักษร JASMINE UPC/ภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษร ANGSANA NEW**

๓. หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

๑. การดำเนินการอบรม

๑.๑ ส่งเอกสารในการขออนุมัติหลักสูตรและแผนดำเนินการก่อนจัดการฝึกอบรม รายละเอียดดังนี้

- ตารางสรุปรายชื่อวิทยากรในแต่ละรายวิชาพร้อมแนบสำเนาประกาศนียบัตร/คุณวุฒิวิทยากรที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ทำการสอน หนังสือรับรองประสบการณ์การสอนและการปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

๑.๒ รายงานผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ มายังกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อจัดเก็บข้อมูล

๒. การออกประกาศนียบัตร

๓.๑ ผู้ลงนามประกาศนียบัตร

- กรณีโรงพยาบาลเป็นผู้จัดการอบรม ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ลงนาม
- กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้จัดการอบรม ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ลงนาม

๓.๒ การออกเลขที่รุ่นและเลขที่ประกาศ หน่วยงานที่จัดอบรมสามารถออกเลขที่รุ่นและเลขที่ประกาศดังนี้

มาตรฐานการจัดการฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

๑. นิยาม

๑.๑ ศูนย์ฝึกอบรม หมายถึง สถานที่จัดการฝึกอบรมหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความพร้อมตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการรับรองให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมฯ จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

๑.๒ หลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง หลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ หลักสูตรเวชกรรมไทย หลักสูตรเภสัชกรรมไทย หลักสูตรผดุงครรภ์ไทย หลักสูตรการนวดไทย และหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ การฝึกอบรม หมายถึง การถ่ายทอดความรู้หลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย ในศูนย์ฝึกอบรมที่ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยวิทยากรหรือผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทยสาขาวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาหลักสูตร

๒. หลักเกณฑ์การจัดการฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

ประกอบด้วย ๗ ด้าน ดังนี้

๒.๑ สถานที่และอุปกรณ์ จัดเตรียมสถานที่รองรับการจัดการฝึกอบรมให้มีความเหมาะสม โดยมีพื้นที่สำหรับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ มีเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกเอื้ออำนวยต่อการฝึกอบรม

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

๒.๑.๒ ห้องอบรมภาคปฏิบัติ มีพื้นที่เพียงพอโดยเฉพาะการฝึกปฏิบัตินวดไทย ต้องมีเนื้อที่สำหรับการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า ๒.๕ ตร.ม./คน มีอุปกรณ์การเรียนการสอนสอดคล้องกับวิชาที่ฝึกปฏิบัติเพียงพอและเหมาะสม เช่น เบาะนวด ควรมีขนาดไม่น้อยกว่า ๑.๒ 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 ที่กำหนดในหลักเกณฑ์คุณสมบัติวิทยากรในการขออนุมัติใช้หลักสูตร ด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข

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) มีความพร้อมที่จะธำรงรักษาภูมิปัญญาไทย เอกลักษณ์ไทย

๒.๔ การเรียนการสอน

๒.๔.๑ จัดทำตาราง และกำหนดระยะเวลาการเรียนการสอนหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการเก็บประสบการณ์ภาคสนาม(ถ้ามี) โดยต้องจัดการเรียนการสอนต่อเนื่อง สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า ๕ วัน วันละไม่น้อยกว่า ๓ ชั่วโมง และไม่เกินกว่าวันละ ๑๒ ชั่วโมง และการจัดการเรียนการสอนไม่เกินเวลา ๒๐.๐๐ น. (โดยรวมเวลาพักรับประทานอาหารเช้า กลางวันและเย็น)

๒.๔.๒ การจัดการเรียนการสอนให้เรียงลำดับตามเนื้อหารายวิชาให้สอดคล้องเหมาะสมและต่อเนื่อง (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 วิทยากรต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนดในแต่ละหลักสูตร

๒.๕.๓ สื่อการเรียนการสอนและโสตทัศนูปกรณ์ เหมาะสมในการจัดการเรียนการสอนและการศึกษาค้นคว้า

๒.๕.๔ สถานที่ เหมาะสมและเพียงพอในแต่ละหลักสูตรต่อผู้เข้ารับการอบรม

๒.๕.๕ มีการแจ้งหลักเกณฑ์การประเมินผลการเรียน ให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบ

๒.๕.๖ มีการประเมินผลการเรียนการสอนเป็นรายวิชา

๒.๕.๗ ผู้ดำเนินการอบรม รวบรวม วิเคราะห์ สรุปผลการประเมิน

๒.๕.๘ ผู้ดำเนินการอบรม วางแผน/ปรับปรุงระบบการจัดการเรียนการสอน

๒.๖ การประเมินผลการเรียนการสอน

๒.๖.๑ แจ้งเกณฑ์การประเมินผลการเรียนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการเก็บประสบการณ์ภาคสนาม โดยประเมินผลการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชา (ภาคทฤษฎีร้อยละ ๖๐ ภาคปฏิบัติร้อยละ ๗๐ และการเก็บประสบการณ์ภาคสนามตามที่แต่ละหลักสูตรกำหนด)

๒.๖.๒ แจ้งเกณฑ์การประเมินผลระยะเวลาที่เข้ารับการอบรมตลอดหลักสูตร ร้อยละ ๘๐

๒.๗ ที่พักวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรม

มีที่พักหรือจัดหาสถานที่รับรองสำหรับวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม

รหัสหลักสูตรการแพทย์แผนไทย

ลำดับ	หลักสูตร	รหัส	หมายเหตุ
๑	หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย(๑๐๐ ชั่วโมง)	๘	
๒	หลักสูตรฝึกฝนประสบการณ์งานเวชปฏิบัติแผนไทย(๗๒ ชั่วโมง)	๓๕	
๓	หลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทยและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ(๓๐ ชั่วโมง)	๕๑	
๔	หลักสูตรการใช้ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(๑๓ ชั่วโมง)	๑๖	
๕	หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน(๑๘ ชั่วโมง)		
	๖.๑ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย)	๑๗.๑	
	๖.๒ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)	๑๗.๒	
	๖.๓ หลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (ผู้สูงอายุในชุมชน)	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
	เพชรบุรี	สสจ.เพชรบุรี
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) รูปแบบใบประกาศนียบัตรหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานอื่นขออนุมัติใช้หลักสูตรในการจัดฝึกอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้จัดอบรม
มุมล่างขวามือ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (๓๗๒ ชั่วโมง) รุ่นที่...
ของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....โดยโรงพยาบาล.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)	(นาย.....)	(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....	อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

NO._____

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

awards this certificate of training

to

.....

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.)	(....., MD.)	**(Marut Jirasrattasiri, MD.)**
Director of .....Hospital	.....Provincial Chief Medical Officer	**Director General,**
		Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้จัด
ขอบมุมล่างขวามือ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่ .....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ใน
ชุดสุภาพหน้าตรง
พร้อมประทับตรา
หน่วยงานผู้จัด
อบรมมุมล่างขวามือ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จหลักสูตรการรักษาทางการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพเหนือไหล่
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้จัดอบรม
มุมล่างขวามือ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (๓๗๒ ชั่วโมง) รุ่นที่...
ของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

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

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

NO._____

Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

awards this certificate of training

to

.....

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.
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

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพหน้าตรง พร้อมประทับตรากำกับรูป ผู้ดำเนินการจัดอบรม อบรมมุมล่างขวามือ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทนวดไทย รุ่นที่.....
ของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

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

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

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

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพถ่ายหน้าตรง พร้อมประทับตราหน่วยงานผู้จัดอบรมด้านขวามือ

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

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

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพหน้าตรง พร้อมประทับตราหน่วยงาน ผู้จัดอบรม มุมล่างขวามือ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

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

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)	(นาย.....)	(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....	อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

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 by .....Hospital.

From …(day)…(month)... to …(day)…(month)…(year)...

given on

ติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพหน้าตรง พร้อมประทับตราหน่วยงานผู้จัดอบรมมุมล่างขวามือ

(....., MD.)	(....., MD.)	**(Marut Jirasrattasiri, MD.)**
Director of .....Hospital	.....Provincial Chief Medical Officer	**Director General,**
		Department of Thai Traditional and Alternative Medicine

๒) รูปแบบใบประกาศนียบัตรหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพเหมาะสม
พร้อมประทับตรากระทรวง
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

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

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพถูกต้องตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
ขอบมุมด้านขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรฝึกฝนประสบการณ์งานเวชปฏิบัติแผนไทย รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

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

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพถ่ายหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้จัด
ลงชื่อกำกับมือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรฝึกฝนประสบการณ์งานเวชปฏิบัติแผนไทย รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพถูกต้องตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทย
และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

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

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพหน้าตรง พร้อมประทับตราหน่วยงานผู้ดำเนินการจัดอบรม อบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนประสบการณ์การใช้ยาแผนไทย และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

๓)รูปแบบใบประกาศนียบัตรหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้หน่วยงานภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตร

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพถ่ายหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการใช้ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ
สำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รุ่นที่.....
ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....
ให้ไว้ ณ วันที่

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

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพถูกต้องตรง พร้อมประทับตราหน่วยงานผู้ดำเนินการจัดอบรม อบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการใช้ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้ได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพเหนือเครื่อง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพเครื่องแบบ
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพถ่ายหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (ผู้สูงอายุ) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพถ่ายหน้าตรง พร้อมประทับตราหน่วยงานผู้ดำเนินการจัดอบรม อบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (ผู้สูงอายุ) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

ตราสัญลักษณ์
สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด

เลขที่ _____

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพหน้าตรง
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรนวดฝ่าเท้าสำหรับผู้พิการทางสายตา (๘๐ ชั่วโมง) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

ตราสัญลักษณ์
โรงพยาบาล

เลขที่ _____

โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพเหมาะสม
พร้อมประทับตราหน่วยงาน
ผู้ดำเนินการจัดอบรม
อบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จการอบรมหลักสูตรนวดฝ่าเท้าสำหรับผู้พิการทางสายตา (๘๐ ชั่วโมง) รุ่นที่.....

ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

โดยโรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

(นาย.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

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

๔) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่อนุมัติให้สถานฝึกอบรมด้านนวดไทยเพื่อสุขภาพภายใต้การรับรองของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๙ ดำเนินการอบรมและลงนามประกาศนียบัตรโดยอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับหน่วยงานผู้จัดการอบรม

ตราหน่วยงาน

เลขที่ _____

(ชื่อหน่วยงาน.....)

ภายใต้การรับรองมาตรฐานการฝึกอบรมจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพ หน้าตรง พร้อมประทับตราหน่วยงานผู้จัดอบรมมุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง รุ่นที่...

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

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

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตราหน่วยงาน

เลขที่ _____

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

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพถ่ายหน้าตรง พร้อมประทับตราโรงพยาบาลหน่วยงานที่จัดอบรม มุมล่างขวามือ

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

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

ตราหน่วยงาน

.....

เลขที่ _____

(ชื่อหน่วยงาน.....)

ภายใต้การรับรองมาตรฐานการฝึกอบรมจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ติดรูปถ่ายสี ๒ นิ้ว ในชุด
สุภาพเกล้าทรง
พร้อมประทับตรา
หน่วยงานผู้จัดอบรม
มุมล่างขวามือ

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้สำเร็จหลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง รุ่นที่...

ระหว่างวันที่.....ถึง.....พุทธศักราช.....

ให้ไว้ ณ วันที่

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

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตราหน่วยงาน

เลขที่ _____

(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

ติดรูปถ่ายขนาด ๒ นิ้ว ในชุดสุภาพครุยทรง พร้อมประทับตราโรงพยาบาลหน่วยงานที่จัดอบรม มุมล่างขวามือ

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

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