



ที่ สก ๐๐๓๒/ ๓๑๓๐

ถึง กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

พร้อมหนังสือนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งหนังสือวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี  
ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๘๑/ ๑๔๗๓ ลงวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ เรื่องขอความอนุเคราะห์สถานที่ฝึกปฏิบัติวิชาชีพ  
ทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล) จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔ ต่อ ๓๐๖,๓๐๗

โทรสาร ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔ ต่อ ๑๐๐



เลขที่ 7891  
 8 ส.ค. 2561  
 15.38

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๘๑/๑๒๗๓

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี  
 ๒๙ ม.๔ ต.บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๐๐๐

๗ สิงหาคม ๒๕๖๑

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
 เลขที่ 18๕1  
 วันที่ 9 ส.ค. 2561  
 เวลา

เรื่อง ขออนุมัติโครงการที่ฝึกปฏิบัติวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

- |   |              |
|---|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบสอบถามการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพฯ                        | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบตอบรับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพฯ                         | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี โดยภาควิชาทันตสาธารณสุข ได้จัดการเรียนการสอนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔ รหัสกลุ่มเรียน ๕๘๐๔๒๕ ซึ่งหลักสูตรกำหนดให้นิสิตต้องฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในรายวิชา ฝึกปฏิบัติวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ จำนวน ๓ หน่วยกิต ระหว่างวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ รวม ๕ สัปดาห์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าจังหวัดของท่านมีความพร้อมและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุข จึงขอความกรุณาหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจารณาคัดเลือกและประสานโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถให้ความอนุเคราะห์เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน ตามรายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย (เอกสารหมายเลข ๑) และขอความกรุณาหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลตอบแบบสอบถาม (เอกสารหมายเลข ๒) และส่งกลับมายังอาจารย์ประภัสราภรณ์ สำราญจิตร โทร.๐๓๘-๒๗๕๖๖๓ - ๕ ต่อ ๑๓๘ มือถือ ๐๘๔-๑๓๘๑๒๔๓ โทรสาร ๐๓๘ ๒๗๕๒๔๕ ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ และโปรดส่งแบบตอบรับ (เอกสารหมายเลข ๓) ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลภาพรวมและส่งให้วิทยาลัยฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่วิทยาลัยฯ ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

15/8/61 นพ. นสพ. - จก.  
 - รศ.ช. รศ.ช. รศ.ช. รศ.ช. รศ.ช.  
 สังกัด รศ.ช. รศ.ช. รศ.ช. รศ.ช. รศ.ช.  
 วันที่ 3 ม.ค. 62 - 8 ก.พ. 62  
 - เป็นอาจารย์ประจำภาควิชาทันตศัลยกรรม  
 1 ใน ๒ สำนัก ๑๒๐

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีระพงษ์ อาญาเมือง)

เลขาธิการชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

9 ส.ค. 61  
 นพ. นสพ.  
 ๑/๘๐๖

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี  
 ตาเนนการ

๑

ภาควิชาทันตสาธารณสุข

โทร.๐๓๘-๒๗๕๖๖๓ ต่อ ๑๓๘

โทรสาร ๐๓๘ - ๒๗๕๒๔๕

(นายอภิรัตน์ กตัญญูตานนท์)

สำเนาส่ง รพ.อรัญประเทศ รพ.วัฒนานคร รพ.วังน้ำเย็น รพ.เขาฉกรรจ์ รพ.คลองหาด รพ.ตาพระยา

เก็บถึง พ.ศ. 2562  
 ๗

ข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔
<p><b>๑. จุดมุ่งหมายของรายวิชา ฝึกปฏิบัติวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)</b>                      การฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรมในสถานบริการของรัฐ โดยฝึกเกี่ยวกับการตรวจประเมินและวางแผนการรักษาปัญหาสุขภาพช่องปาก การเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) การเคลือบฟลูออไรด์วานิช การเคลือบฟลูออไรด์เจล ฝึกปฏิบัติงานในคลินิกเด็กดี คลินิกฝากครรภ์และคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฝึกปฏิบัติงานให้ทันตสุขศึกษาบุคคลและรายกลุ่ม</p> <p><b>๒. จำนวนนิสิต ชั้นปีที่ ๔ ทั้งหมด ๔๔ คน (ชาย ๕ คน หญิง ๓๙ คน)</b></p> <p><b>๓. ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ (๕ สัปดาห์)</b></p>

เกณฑ์การเลือกแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔
<p><b>มีเกณฑ์มาตรฐานในระดับโรงพยาบาล ดังนี้</b></p> <p>๑. มีทีมอาจารย์พี่เลี้ยง ประกอบด้วย ทันตแพทย์ นักวิชาการหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข อย่างน้อย ๓ ท่าน</p> <p>๒. มีที่พักสำหรับนิสิต หรือสามารถจัดหาที่พักภายนอกโรงพยาบาลให้ได้ (วิทยาลัยมีค่าเช่าที่พักให้กับนิสิต)</p> <p><b>หมายเหตุ</b>                      วิทยาลัยฯ เบิกค่าตอบแทนอาจารย์พี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติงานครั้งนี้ให้กับแหล่งฝึกทุกแหล่งตามระเบียบทางราชการ</p>

แบบสอบถามการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)  
 นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔  
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

๑. โรงพยาบาล.....จังหวัด.....  
 ที่อยู่ติดต่อ.....เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรสาร.....
๒.  ยินดีรับนิสิตฝึกปฏิบัติงาน (ตอบข้อต่อไป)  
 ไม่รับ
๓. จำนวนนิสิตที่สามารถรับฝึกได้  
 ชาย จำนวน.....คน  
 หญิง จำนวน.....คน
๔. ที่พักสำหรับนิสิต  
 มี  
 ไม่มี แต่สามารถติดต่อที่พักภายนอก  ได้ราคา.....บาท/เดือน

รายชื่ออาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึก คุณสมบัติทันตแพทย์ นักวิชาการทันตสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานทันต-  
 สาธารณสุข (โปรดระบุชื่อ-นามสกุล ตำแหน่ง พร้อมทั้งเบอร์โทรศัพท์)

๑. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....  
 ๒. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....  
 ๓. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....  
 ๔. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....  
 ๕. ชื่อ-สกุล(นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....

๔.รายละเอียดเพิ่มเติมที่ประสงค์จะแจ้งให้นิสิตทราบ

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการฝึกปฏิบัติงาน อาจารย์ศรัณย์ อัดตะนันท์ (๐๘๐ ๖๓๖๐๘๑๘)  
 E-mail : beavdent@hotmail.com

ผู้ร่วมประสานงาน อาจารย์ประภัสราภรณ์ สำราญจิตร (๐๘๔ ๑๓๘๑๒๔๓)  
 E-mail : sumranjitp@gmail.com

\*\*\*\*ภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี\*\*\*\*  
 ขอขอพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กรุณาตอบแบบสอบถามส่งกลับคืนภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

อาจารย์ประภัสราภรณ์ สำราญจิตร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ภาควิชาทันตสาธารณสุข

อำเภอเมืองชลบุรี

จังหวัดชลบุรี

๒๐๐๐๐

ใบตอบรับการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพทันตสาธารณสุขภาคสนาม ๑ (ในโรงพยาบาล)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด.....

แหล่งฝึกงาน	เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก			จำนวนนิสิต ที่สามารถรับได้		บ้านพัก	
	โทร	FAX	Mobile	ชาย (คน)	หญิง (คน)	มี	ไม่มี
๑. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๒. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๓. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๔. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๕. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๖. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๗. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๘. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๙. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๑๐. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๑๑. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๑๒. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
๑๓. ....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งสำเนาให้กับผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรวบรวมเป็น  
ข้อมูลของจังหวัด และส่งต่อให้วิทยาลัยฯ ดำเนินการต่อไป