

กลุ่มงานทันตกรรมบุคคล
 รมเลขที่ ๒1 พ.ย. 2560
 วันที่ ๒1 พ.ย. 2560
 ๒.๒1



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 10239
 รับเลขที่.....
 วันที่ 21 พ.ย. 2560
 เวลา.....

ที่ สธ ๐๓๐๙/๒๖๕๕

สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นทันตกรรมรากเทียม (หลักสูตร ๖ เดือน)
 ๒. ใบสมัครการฝึกอบรม

ด้วย สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กำหนดจัดโครงการฝึกอบรมระยะสั้นทันตกรรมรากเทียม (หลักสูตร ๖ เดือน) ระยะเวลาในการฝึกอบรมภาคเรียนที่ ๑ วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ - ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ และภาคเรียนที่ ๒ วันที่ ๙ กรกฎาคม - ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทันตแพทย์ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความสามารถเสริมสร้างประสบการณ์ในด้านคลินิก ให้การรักษาขั้นพื้นฐาน และฝึกปฏิบัติเทคนิคต่าง ๆ ในงานทันตกรรมรากเทียม อีกทั้งแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการรักษาทันตกรรมรากเทียมให้กระจายสู่สถานบริการส่วนภูมิภาคและภาคเอกชนให้ทั่วถึงมากขึ้น

ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญทันตแพทย์ผู้สนใจสมัครเข้าอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ นางสาววิณา มรรคผล สถาบันทันตกรรม ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๗ ๐๓๐๐ ต่อ ๓๓๓๓๔ หรือทาง www.dentistry.go.th รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้ทันตแพทย์ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร..... 11/10 ๑๓.๑๐๑๗๗๗

41

.....

 สุภารัตน์ วงษ์ยศ

(นายบุญชู สุรีย์พงษ์)
 ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม

นักวิชาการสาธารณสุข
 ๒๒ พ.ย. ๖๐

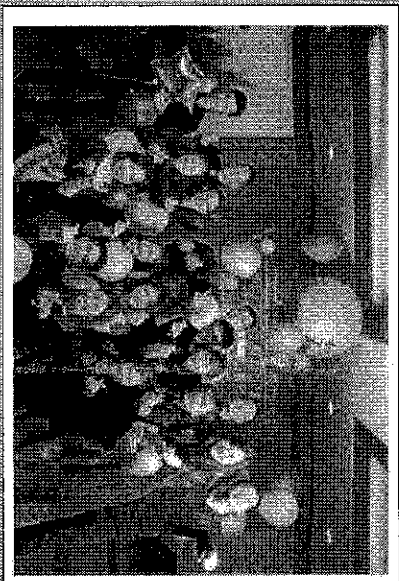
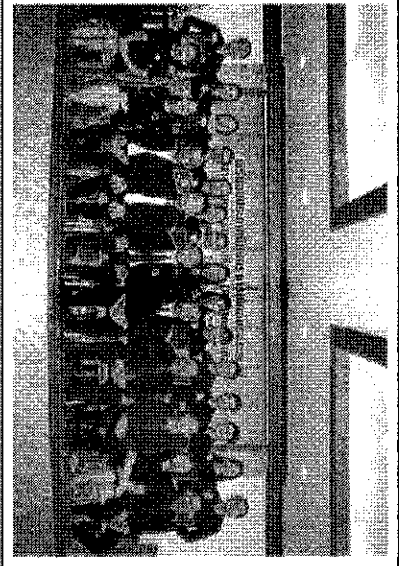
กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์
 โทร ๐ ๒๕๔๗ ๐๓๐๐ ต่อ ๓๓๓๓๔
 โทรสาร ๐ ๒๕๔๗ ๐๓๓๓๘

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

.....

(นายสุชิน คันคร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี



หัวข้อการอบรม

- ❖ Basic knowledges of implantology
- ❖ General principle of implantology
- ❖ Dental photography
- ❖ Basic principle of dental CT scan
- ❖ Review basic surgery and prosthodontics for implantology
- ❖ Patient selection and diagnosis & treatment planning
- ❖ Basic implant surgery and prosthodontics
- ❖ Surgical and prosthodontic procedures
- ❖ Advance surgical techniques
- ❖ Prosthodontics option for edentulous patient
- ❖ Aesthetics in implant dentistry
- ❖ Implant maintenance and management of complication
- ❖ Hands-on various implant systems workshop
- ❖ Journal review and seminar in implantology
- ❖ Field trips of advanced dental laboratory and dental implant factory

คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

- ❖ จบการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตและได้ร่ำเรียนไปจนจบการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของทันตแพทยสภา
- ❖ มีประสบการณ์ทำงานทางทันตกรรมมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี
- ❖ ต้องสามารถนำผู้ช่วยของตนเองมารับการรักษาทันตกรรมรากเทียมจำนวน 6 ราก ภายในใต้การนิเทศของอาจารย์
- ❖ ทันตแพทย์ที่รับราชการในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและได้รับการอนุมัติลาศึกษาต่อจากหน่วยงานต้นสังกัดจะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ
- ❖ บุคคลที่สมัครสอบจะได้รับใบแจ้งจากที่ระบุสถานที่รับสมัคร การประกาศแพทย์ อาจพิจารณาเห็นสมควรรับเข้าอบรมได้เป็นการเฉพาะราย

วัตถุประสงค์

- ❖ เพื่อให้ฝึกอบรมทันตแพทย์ทั่วไปให้มีความรู้ความสามารถเสริมสร้างประสบการณ์ในด้านคลินิกทันตกรรมรากเทียม เพื่อให้สามารถให้บริการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวางยิ่งขึ้น
- ❖ เพื่อให้ทันตแพทย์ผู้เข้าอบรมได้เพิ่มพูนความรู้และความเชี่ยวชาญในงานทันตกรรมรากเทียมขั้นพื้นฐาน
- ❖ เพื่อให้ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอบรมได้ฝึกปฏิบัติเทคนิคต่างๆ ในงานทันตกรรมรากเทียม
- ❖ เพื่อแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคนิคโดยตรงด้านการรักษาทันตกรรมรากเทียมให้กระจ่ายสู่สถานบริการส่วนภูมิภาคและภาคเอกชนให้ทั่วถึงมากขึ้น
- ❖ เพื่อสร้างเครือข่ายบริการวิชาการทันตกรรมรากเทียมระดับตติยภูมิในหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

รายละเอียดการอบรม

- (หลักสูตรเรียนเต็มเวลา ตามเวลาราชการ)
- ภาคเรียนที่ 1 :
วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561 – 11 พฤษภาคม 2561
- ภาคเรียนที่ 2 :
วันที่ 9 กรกฎาคม 2561 – 28 กันยายน 2561

ใบสมัครขอรับเข้าอบรมจะส่งถึง

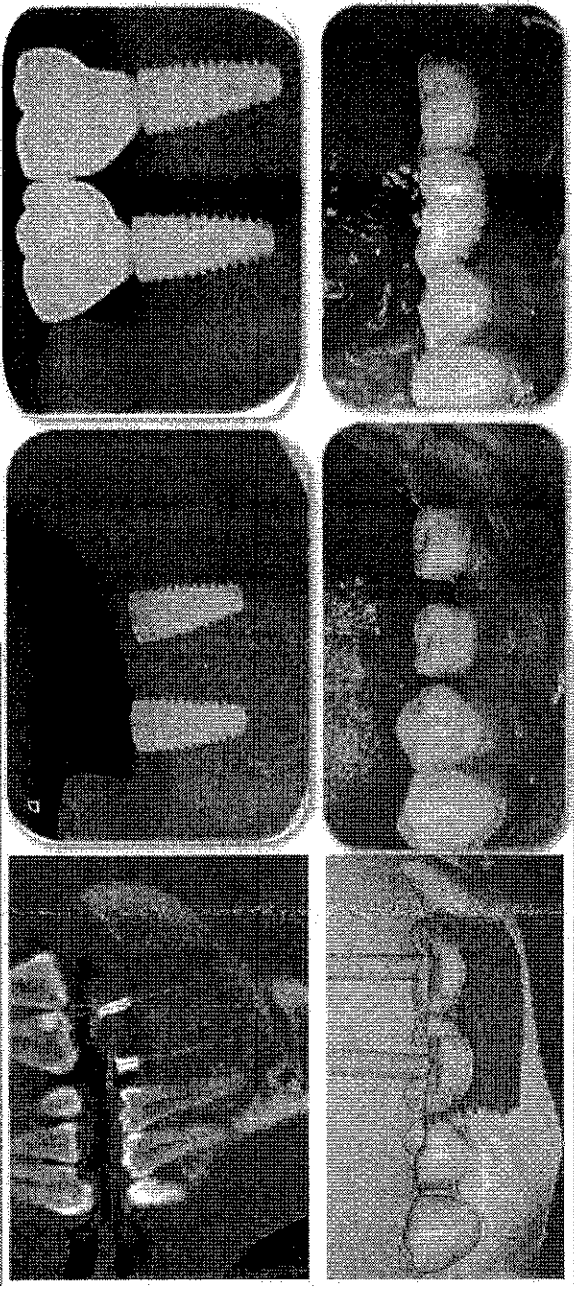
ผู้เข้าอบรมจะได้ทำการรักษาทางทันตกรรมรากเทียมในผู้ป่วยจำนวน 6 ราก โดยผู้เข้าอบรมต้องเตรียมผู้ป่วยมาเอง



กรมการแพทย์
สาขาทันตกรรม

หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น
ทันตกรรมรากเทียม
(หลักสูตร 6 เดือน)
ปี 2561

สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
ขอเชิญชวนทันตแพทย์ผู้สนใจ
สมัครเข้ารับการอบรม



จำนวนที่รับ
10 คน
กำหนดค่ารับสมัคร
อัตรา 12,000 บาท - 22 ธันวาคม 2560
ประกาศรายชื่อผู้สมัคร
วันที่ 27 ธันวาคม 2560
สมัครสอบสัมภาษณ์
วันที่ 4 มกราคม 2561
ประกาศผลการสอบคัดเลือก
วันที่ 8 มกราคม 2561
เปิดการอบรม
วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561
ค่าลงทะเบียน
200,000 บาท
ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
คุณจิณา นาคกุล / คุณสุทรวษา ทังคร
กลุ่มภารกิจจัดหน่วยวิชาการและสารนิเทศ
สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
โทรศัทพ์ / โทรสาร 0254-70338
www.dentistry.go.th

ใบสมัครการฝึกอบรม
หลักสูตรทันตกรรมรากเทียม 6 เดือน รุ่นที่ 3

ติดรูปถ่าย 1 นิ้ว

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สกุล.....อายุ.....ปีเศษ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานภาพ สมรส โสด หม้าย หย่า

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ภูมิลำเนา (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้สถาบันทันตกรรมทราบโดยด่วน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....Line ID.....Facebook ID.....

รับราชการ

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....ระดับ.....

แผนก/กลุ่มงาน.....กอง/โรงพยาบาล.....กรม.....

กระทรวง.....ตั้งแต่ พ.ศ.....

ได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัดในการลาอบรมครั้งนี้

ภาคเอกชน

สถานที่ทำงาน.....

ประวัติการศึกษา

1. ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

ปีที่สำเร็จการศึกษา.....สถาบัน.....เกรดเฉลี่ย.....

2. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

3. การศึกษาระดับหลังปริญญาตรี

- ระดับ.....สาขาวิชา.....

ปีที่สำเร็จการศึกษา.....สถาบัน.....

- ระดับ.....สาขาวิชา.....

ปีที่สำเร็จการศึกษา.....สถาบัน.....

ประวัติการทำงาน

1. ประสบการณ์การทำงานด้านทันตกรรม

- 1.1 มีประสบการณ์การทำงานมาแล้ว ปี เดือน
- 1.2 สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ตั้งแต่พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
- 1.3 สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ตั้งแต่พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....
- 1.4 สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ตั้งแต่พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....

2. ประสบการณ์ทำงานในสาขาที่สมัครเข้าอบรม

- เคยอบรมหลักสูตรทันตกรรมรากเทียมและ/หรือการอบรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับทันตกรรมรากเทียมมาแล้ว
 - 2.1 ชื่อหลักสูตร พ.ศ.....
ระยะเวลาเข้าอบรมหน่วยงานที่จัด
 - 2.2 ชื่อหลักสูตร พ.ศ.....
ระยะเวลาเข้าอบรมหน่วยงานที่จัด
- มีประสบการณ์ในการทำรากเทียมมาแล้ว
 - เคยฝังรากฟันเทียมมาแล้ว ราก
 - เคยใส่ฟันเทียมบนรากฟันเทียมมาแล้ว ซี่น

3. ความสนใจเข้ารับการอบรม

เหตุผล.....
.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

กรุณาส่งใบสมัครพร้อมเอกสารดังนี้

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม
- หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
- หนังสืออนุมัติให้เข้ารับการอบรมจากต้นสังกัด(สำหรับทันตแพทย์ภาครัฐ)
(ส่งพร้อมหลักฐานการชำระเงิน กรณีที่ผ่านการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมแล้ว)