

แบบคำขอเสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน

คำขอเลขที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ).....
 ตำแหน่ง (ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....
 สถานที่ปฏิบัติงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์..... หมายเลขโทรสาร.....

e-mail:

ขอยื่นคำขอเสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน จำนวน.....ราย (รายชื่อตามเอกสารแนบ) เพื่อเข้ารับการพิจารณาให้เป็นบุคคลที่ได้รับหนังสือรับรองการเป็นหมอฟันบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยยื่นเอกสารต่อ

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 ที่ว่าการอำเภอที่ตั้ง
 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เฉพาะกรุงเทพมหานคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายชื่อหมอฟันบ้านดังกล่าว เป็นผู้มีความสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ทุกประการ

ทั้งนี้ ได้แนบสำเนาเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบพิจารณา จำนวน.....ฉบับ ดังต่อไปนี้

๑. บันทึกหรือรายงานการประชุม (ที่มีมติพิจารณาเห็นชอบให้เสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน)
๒. เอกสารหลักฐานของหมอฟันบ้านที่เสนอรับการรับรอง
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหมอฟันบ้าน
 - สำเนาทะเบียนบ้านของหมอฟันบ้าน
 - ใบรับรองแพทย์ (ตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด)
 - แบบ ม.บ.๑ (เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองการเป็นหมอฟันบ้าน)

๓. เอกสารอื่น (ถ้ามี) ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง*

* ให้ระบุตำแหน่งผู้เสนอรายชื่อเป็น ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองการเป็นหมอฟันบ้าน คำขอเลขที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)..... นามสกุล.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี นับถือศาสนา.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาชีพ.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... e-mail..... LINE ID

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่น ๆ

วุฒิการศึกษา..... ชื่อโรงเรียน/สถาบันการศึกษา.....

มีความประสงค์ขอรับการรับรองการเป็นหมอฟันบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย
 การรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยยื่นต่อ คณะกรรมการหมู่บ้าน.....
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

ไม่เคยต้องโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีซึ่งจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์
 ของหมอฟันบ้าน

ไม่มีพฤติกรรม ซึ่งจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของหมอฟันบ้าน

ลงชื่อ
 (.....)
 หมอฟันบ้าน

ลงชื่อ
 (.....)
 ผู้รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอแล้ว

- ครบถ้วน เห็นควรเสนอรายชื่อให้คณะกรรมการพิจารณา
- ไม่ครบถ้วน (ระบุ).....
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ

- การกรอกรายละเอียดการเป็นหมอฟันบ้านตามระเบียบนี้ หากมีหลักฐาน เอกสาร ให้แนบกับแบบคำขอเสนอรายชื่อเพื่อขอรับรองการเป็นหมอฟันบ้านไว้ด้วย
- ให้จัดทำสำเนาหลักฐานประกอบการพิจารณา จำนวน ๑ ชุด มอบให้ผู้ขอหนังสือรับรองหมอฟันบ้านเก็บไว้เป็นหลักฐาน
- รวบรวมต้นฉบับส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้าน

ให้บรรยายโดยละเอียดว่า “ผู้ขอหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน” หากมีหลักฐานและเอกสารให้แนบประกอบคำขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านด้วย

๑. ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน

๑.๑ เริ่มเรียนรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ปี พ.ศ.
เริ่มให้การรักษา ปี พ.ศ.รวมระยะเวลาการเป็นหมอพื้นบ้าน.....ปี
สถานที่ให้การรักษา.....

จำนวนผู้ป่วยที่เคยให้การรักษา.....

๑.๒ พิธีหรือกระบวนการในการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เช่น พิธีมอบครู หรือการตั้งขันธุ์

.....
.....
.....

๑.๓ ความเชี่ยวชาญ/โรคที่มีความชำนาญในการรักษา มีประสบการณ์การรักษา ได้แก่

.....
.....
.....
.....

๒. ความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านในการดูแลรักษา (จำแนกตามรูปแบบการรักษา หรือองค์ความรู้ในการรักษา)

๒.๑ วิธีการ อุปกรณ์ เครื่องมือ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยผู้ป่วย

.....
.....
.....
.....

๒.๒ การรักษา

- ขั้นตอนการรักษา

.....
.....
.....

- วิธีการรักษา (เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การใช้น้ำมันต์ หรือการใช้คาถา เป็นต้น)

.....
.....
.....

- รายละเอียดการรักษา ตำรับ ตำรายา วิธีการรักษาที่สามารถเปิดเผยได้ (ยกเว้นตำรับ
กัญชาโปรตระกูลโดยละเอียด)

.....
.....

- ข้อปฏิบัติหรือข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย ก่อน/ระหว่าง/หลังการรักษา

.....
.....

- การติดตามผลการรักษา มีการรักษาต่อเนื่องหรือนัดผู้ป่วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาดูอาการที่บ้าน

.....
.....

- ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าครู/ค่าอาหาร/ที่พัก/ค่ายา/ค่าสมนาคุณ

.....
.....

๒.๓ วิธีการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย

.....
.....

๒.๔ การให้คำแนะนำสำหรับญาติในการร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

.....
.....

๓. การบูชาครู

๓.๑ ขั้นตอนและเครื่องไหว้สำหรับการบูชาครูก่อนและหลังการรักษา

.....
.....
.....

๓.๒ การไหว้ครูประจำปี (เช่น เครื่องไหว้ วันเดือนปีที่กำหนด ขั้นตอน หรือพิธีการ เป็นต้น)

.....
.....

แบบคำขอต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ) นามสกุล อายุ.....ปี
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... นับถือศาสนา..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... e-mail..... LINE ID.....
๒. วุฒิการศึกษา วุฒิการศึกษาเดิม วุฒิการศึกษาใหม่ (โปรดระบุ).....
๓. อาชีพ สถานที่ทำงาน
๔. มีความประสงค์จะขอต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน (แบบ ม.บ.๓) หนังสือเลขที่..... คำขอเลขที่.....
ออก ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นและเอกสารหลักฐานที่แนบมาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ หมอพื้นบ้าน
(.....)

ความเห็นของประธานคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เห็นควรต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน
- ไม่เห็นควรต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน เนื่องจาก

ลงชื่อ ผู้เสนอรายชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติการขอต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน (แบบ ม.บ.๓) ตามระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข ว่าด้วย การรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒

- เห็นควรดำเนินการต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน
- ไม่เห็นควรดำเนินการต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน เนื่องจาก.....
- อื่นๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....

มติและความเห็นของคณะกรรมการ

เห็นควร เสนอให้ต่ออายุ ไม่ควรต่ออายุ เนื่องจาก

ผลการพิจารณา

- อนุมัติ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ ผู้ออกหนังสือรับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์

สถานพยาบาลที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานประกอบเวชกรรมหรือ

สถานที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

โทร..... เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

- น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม - ส่วนสูง..... เซนติเมตร

- ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท - ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

ซึ่งบุคคลดังกล่าว ขอรับการตรวจวินิจฉัยว่า ไม่เป็นโรคต้องห้ามมิให้รับรองเป็นหมอพื้นบ้าน ตามประกาศ
คณะกรรมการหมอพื้นบ้าน เรื่องโรคต้องห้ามมิให้รับรองเป็นหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม
พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม

(๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง

(๕) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง

(๖) โรคอื่นซึ่งคณะกรรมการหมอพื้นบ้านพิจารณาเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน

โดยมีผลการตรวจและความเห็นของแพทย์

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ : (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน

นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(๓) ให้ระบุนิยามตรวจพบอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ตาม (๖)

แบบใบรับรองแพทย์นี้ได้รับอนุมัติจากอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เมื่อวันที่ ๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒