



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

คู่มือ

แนวทางการปฏิบัติงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

คู่มือ

แนวทางการปฏิบัติงาน สำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์

จัดทำโดย

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง กรมการแพทย์

ชื่อหนังสือ คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
กรรมการแพทย์

ที่ปรึกษาคณะทำงาน

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์สแกนต์ บุนนาค | รองอธิบดีกรรมการแพทย์ |
| 2. แพทย์หญิงปิยะธิดา หาญสมบูรณ์ | ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ |
| 3. นายแพทย์มนต์ชัย ศิริบำรุงวงศ์ | ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรรมการแพทย์ |
| 4. นางสาวภักดิ์สวีย์ แก่นโพธิ์ | นักวิชาการฝึกอบรมและการสอบ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา |

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. นางสาวภัทราภรณ์ สมศรี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 2. นางสาวลลิตา พนาคร | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 3. นางระพีพรรณ ทองศรี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 4. นางสาวลัดดาวัลย์ ชะละจิตต์ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 5. นางสาวฉวีวรรณ พงษ์วงษ์ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 6. นางสาวไพรินทร์ สีน้าอ้อม | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 7. นางสาวแทนไทย ทองเทศ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 8. นายจิราวัฒน์ แสงเพ็ง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| 9. นางสาวศศิกันต์ ชาลีชาติ | นักวิชาการสาธารณสุข |

จัดทำโดย สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 6055, 0 2590 6146

คำนำ

ปัจจุบันกรมการแพทย์ ได้เปิดการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและทันตแพทย์ประจำบ้าน จำนวนหลายหลักสูตร (หลักสูตรวุฒิปริญญาตรี แพทยสภาและทันตแพทยสภารับรอง) จำนวน 49 สาขา 64 หลักสูตร (แพทย์ประจำบ้าน 47 สาขา 62 หลักสูตร และทันตแพทย์ 2 สาขา 2 หลักสูตร) นอกจากนี้ยังเปิดการฝึกอบรมในหลักสูตรประกาศนียบัตรที่แพทยสภาและราชวิทยาลัยรับรอง จำนวน 50 สาขา 59 หลักสูตร การดำเนินงานด้านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสถาบันฝึกอบรมของกรมการแพทย์จะมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและการประสานงาน มีแนวทางการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กรมการแพทย์จึงได้ร่วมมือกับสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ แพทยสภา และราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมต่างๆ เพื่อพัฒนาเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและการประสานงานการฝึกอบรม โดยจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ เพื่อช่วยให้กระบวนการทำงานของเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจน เป็นระบบ และมีมาตรฐานทั้งในเรื่องของขั้นตอนการรับสมัคร กระบวนการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ประจำบ้าน การบริหารการเรียนการสอน การควบคุมกำกับ การติดตามประเมินผล การรับแพทย์ต่างประเทศ การตรวจประเมินเพื่อรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และการเขียนโครงการเงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ตลอดจนตัวอย่างเอกสาร หนังสือและแบบฟอร์มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การสนับสนุนการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณภาพต่อไป ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่ายแพทย์ประจำบ้านทุกท่านที่ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน สำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ในครั้งนี้ คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับสถาบันฝึกอบรมในสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประสานงานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ ให้ดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้จัดทำ

สิงหาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
แนวทางการปฏิบัติงานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน	1
บทที่ 1 ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ประจำบ้าน	3
บทที่ 2 การบริหารการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน	45
บทที่ 3 การควบคุมกำกับ	83
บทที่ 4 การติดตามและประเมินผล	107
บทที่ 5 การรับแพทย์ต่างประเทศ	135
บทที่ 6 การตรวจประเมินเพื่อรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (WFME)	153
บทที่ 7 แนวทางการเขียนโครงการเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง	157
ภาคผนวก 1 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์	177
ภาคผนวก 2 ระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562	182
ภาคผนวก 3 ระเบียบกรมการแพทย์ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรมการแพทย์ พ.ศ. 2564	187
ภาคผนวก 4 รายชื่อคณะทำงานจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ และเลขานุการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์	192
ภาคผนวก 5 ที่อยู่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม	198
ภาคผนวก 6 ประมวลภาพกิจกรรม	204

แนวทางการปฏิบัติงาน

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

บทที่ 1

ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือก แพทย์ประจำบ้าน ก็นตแพทย์ประจำบ้าน

1. ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือก

1.1 แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

1.1.1 การรับสมัคร

- 1) แพทยสภาและราชวิทยาลัยแจ้งกำหนดการให้สถาบันตรวจสอบข้อมูลจำนวนศักยภาพการฝึกอบรม จำนวนแพทย์ประจำบ้าน และขอเพิ่มหรือลดจำนวนแพทย์ประจำบ้านที่จะขอรับในปีการฝึกอบรมนั้น
- 2) แพทยสภาจัดทำประกาศจำนวนการฝึกอบรม
- 3) สาขาฝึกอบรมตรวจสอบศักยภาพตามที่แพทยสภาและราชวิทยาลัยแจ้งผ่านทางเว็บไซต์
- 4) สาขาดำเนินการบันทึกข้อมูลพร้อมพิมพ์ผลการตรวจสอบศักยภาพ
- 5) สาขาจัดทำหนังสือการตรวจสอบศักยภาพส่งผ่านส่วนกลางของโรงพยาบาล/ สถาบัน
- 6) สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือให้อำนาจการลงนามเพื่อแจ้งผลการตรวจสอบศักยภาพไปยังราชวิทยาลัย
- 7) ราชวิทยาลัยจัดทำหนังสือแจ้งแพทยสภา
- 8) สถาบันฝึกอบรมประกาศการรับสมัครในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล/ สถาบัน/ กรมการแพทย์
 - แจ้งจำนวนที่เปิดรับสมัคร
 - แจ้งข้อมูลสาขาที่สอบ วัน เวลา และสถานที่สอบ
 - แจ้งเอกสารประกอบการสมัคร
- 9) แพทย์กรอกใบสมัครในเว็บไซต์แพทยสภา และพิมพ์ใบสมัครพร้อมลงนาม พร้อมด้วยเอกสารหลักฐานการสมัครส่งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม
- 10) ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของเอกสารใบสมัคร/ หลักฐานประกอบการสมัคร และส่งเอกสารหลักฐานการสมัครให้กับสถาบันฝึกอบรม
- 11) สาขาดำเนินการตรวจสอบหลักฐานและรวบรวมใบสมัคร/ เอกสารหลักฐานการสมัครเรียบร้อยแล้ว เสนอหัวหน้าภาควิชา/ สาขา และจัดทำบันทึกแจ้งส่วนกลางของโรงพยาบาล/ สถาบัน

1.1.2 กระบวนการคัดเลือก

- 1) ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมกำหนดวันสอบสัมภาษณ์
 - แจ้งเวียนหนังสือกำหนดวันสอบสัมภาษณ์ให้ทางสถาบันฝึกอบรม
 - ประกาศทางเว็บไซต์ราชวิทยาลัย
 - สถาบันฝึกอบรมดำเนินการ ดังนี้
 - จัดเตรียมอุปกรณ์/ สถานที่
 - เตรียมแบบฟอร์มการให้คะแนน
 - เตรียมรายชื่อแพทย์ที่สมัคร
 - จัดทำหนังสือเชิญคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ (แนบรายละเอียดกำหนดการและรายชื่อแพทย์ที่สมัคร)
 - เชิญผู้เชี่ยวชาญสอบทางจิตวิทยา
- 2) สาขานัดสอบสัมภาษณ์
 - ประสานงาน/ โทรแจ้งแพทย์เข้ารับการสัมภาษณ์
 - ประสานงาน/ โทรแจ้งคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์

3) ดำเนินการสอบสัมภาษณ์

- ทดสอบทางจิตวิทยา
- ทดสอบความรู้ความสามารถทั่วไป
- ประเมินให้คะแนนการสอบสัมภาษณ์คณะกรรมการ
- รวบรวมคะแนนการสอบสัมภาษณ์
- จัดอาหาร

หมายเหตุ การทดสอบทางจิตวิทยาโดยนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและกระบวนการของแต่ละสถาบันฝึกอบรม

4) แจ้งผลการสอบคัดเลือก

- สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือแจ้งผลการสอบคัดเลือกไปยังกรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 1.1) พร้อมทั้งแนบเอกสาร ดังนี้

● ข้อมูลผู้ผ่านการคัดเลือก ประกอบด้วย รายชื่อแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาที่ฝึกอบรม ปีที่ฝึกอบรม เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เลขที่บัตรประชาชน และต้นสังกัด พร้อมทั้งลงนามกำกับโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน/ ประธานสาขาหรือหัวหน้าภาควิชา ตัวอย่างเช่น

รายชื่อแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตวิทยา ประจำปีการฝึกอบรม 2568

ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ	เลขที่บัตรประชาชน	ต้นสังกัด
1	นาย	สมชาย	รักการเรียน	ว. 12345	1 2345 66790 98 9	โรงพยาบาลชลบุรี
2	นางสาว	สมหญิง	ภาคเพียร	ว. 67890	2 2211 55444 58 4	อิสระ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน/ ประธานสาขา.....

● สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อตรวจสอบระยะเวลาการถือครองใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแต่ละรายตามหลักเกณฑ์แพทยสภากำหนด

- กรณีไม่มีผู้สมัครสอบในรอบนั้นๆ จัดทำหนังสือแจ้งไปยังกรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 1.2)

- ในกรณีสละสิทธิ์ให้ทำหนังสือแจ้งไปยังกรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 1.3) ทั้งนี้หากแจ้งสละสิทธิ์หลังแพทยสภาประกาศผลการคัดเลือกในรอบนั้นๆ แล้ว จะต้องแจ้งเป็นการลาออกจากการฝึกอบรม (เอกสารในบทที่ 3)

- กรมการแพทย์จัดทำหนังสือแจ้งผลการสอบคัดเลือกไปยังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม หมายเหตุ ถ้ามีสมาคมวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องในบางสาขาให้สาขาแจ้งไปที่สมาคมวิชาชีพก่อน
- ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกไปยังแพทยสภา
- สาขาประสานงานแจ้งแพทย์ที่ผ่านการคัดเลือกให้ตรวจสอบรายชื่อทางเว็บไซต์ของแพทยสภา

5) แพทยสภาประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

- แพทยสภาแจ้งเวียนหนังสือให้ทางสถาบันฝึกอบรม และประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกทางเว็บไซต์แพทยสภา

6) สถาบันฝึกอบรมทำหนังสือตอบรับยืนยันการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านไปยังกรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 1.4) พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

- แบบยื่นหลักฐานแสดงความพร้อมและตอบรับยืนยัน

- หนังสือรับรองต้นสังกัด

● กรณีต้นสังกัดอยู่ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขลงนาม)

● กรณีต้นสังกัดอยู่ในสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครลงนาม)

● กรณีต้นสังกัดเป็นมหาวิทยาลัย (อธิการบดี ลงนาม)

● กรณีต้นสังกัดเป็นโรงพยาบาลตำรวจ (นายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติลงนาม)

● กรณีต้นสังกัดเป็นกรมการแพทย์ (รองอธิบดีที่กำกับดูแลสถาบันฝึกอบรมนั้นๆ ลงนาม)

หมายเหตุ กรณีที่เป็นต้นสังกัดอิสระให้แนบหลักฐานใบปลอดภาระการใช้ทุนด้วย แต่หากแพทย์จบจากต่างประเทศ หรือเอกชน ให้หมายเหตุไว้

● หนังสือผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านจากแพทยสภา

7) สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ตรวจสอบเอกสารแนบ และทำหนังสือแจ้งผลยืนยันการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านไปยังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมที่เกี่ยวข้อง

8) สถาบันที่กักข้อมูลผู้ผ่านการคัดเลือกในระบบฐานข้อมูลออนไลน์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ ผ่านทางลิงก์ <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/>

9) ในกรณีที่สาขาฝึกอบรมยังมีโควตาว่างหลังรอบ 2 และประสงค์จะรับสมัครเพิ่มเติมหลังรอบ 2 ให้สถาบันฝึกอบรมทำหนังสือขออนุมัติเปิดรับสมัครการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียนอธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 1.5)

10) หากสถาบันฝึกอบรมดำเนินการคัดเลือกหลังรอบ 2 เรียบร้อยแล้ว ให้ทำหนังสือแจ้งผลการคัดเลือกไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) เพื่อแจ้งผลการคัดเลือกไปยังราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร

1) ใบสมัคร ดัดรูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป

2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

3) สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล/ ใบทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

4) สำเนาระเบียงแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สำหรับผู้สมัครที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้าย ให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต **ก่อนวันที่ 1 กรกฎาคม ของปีนั้น**

5) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

6) สำเนาใบประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะหรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา

7) หนังสือรับรองต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม (รายละเอียดตามข้อ 1.1.2 ข้อที่ 6)

8) หลักฐานการปลดภาระการใช้ทุนเฉพาะผู้สมัครที่ไม่มีต้นสังกัด แต่หากผู้สมัครจบจากต่างประเทศ หรือเอกชน ให้หมายเหตุไว้ด้วย

9) หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร

10) หนังสือแสดงเจตจำนง (statement of purpose) ของผู้สมัครในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในแผนการฝึกอบรม (สาขา/ อนุสาขา และสถาบันฝึกอบรม) นั้น (ปิดผนึก)

11) หนังสือรับรอง/ แนะนำผู้สมัคร ดังต่อไปนี้

- อาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่ผู้สมัครศึกษา (สถาบันฝึกอบรมสาขาหลักในกรณีอนุสาขา)
- ผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน
- บุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ตามที่ราชวิทยาลัยนั้นกำหนด

12) เอกสารหลักฐานอื่นที่ราชวิทยาลัยกำหนดเพิ่มเติม

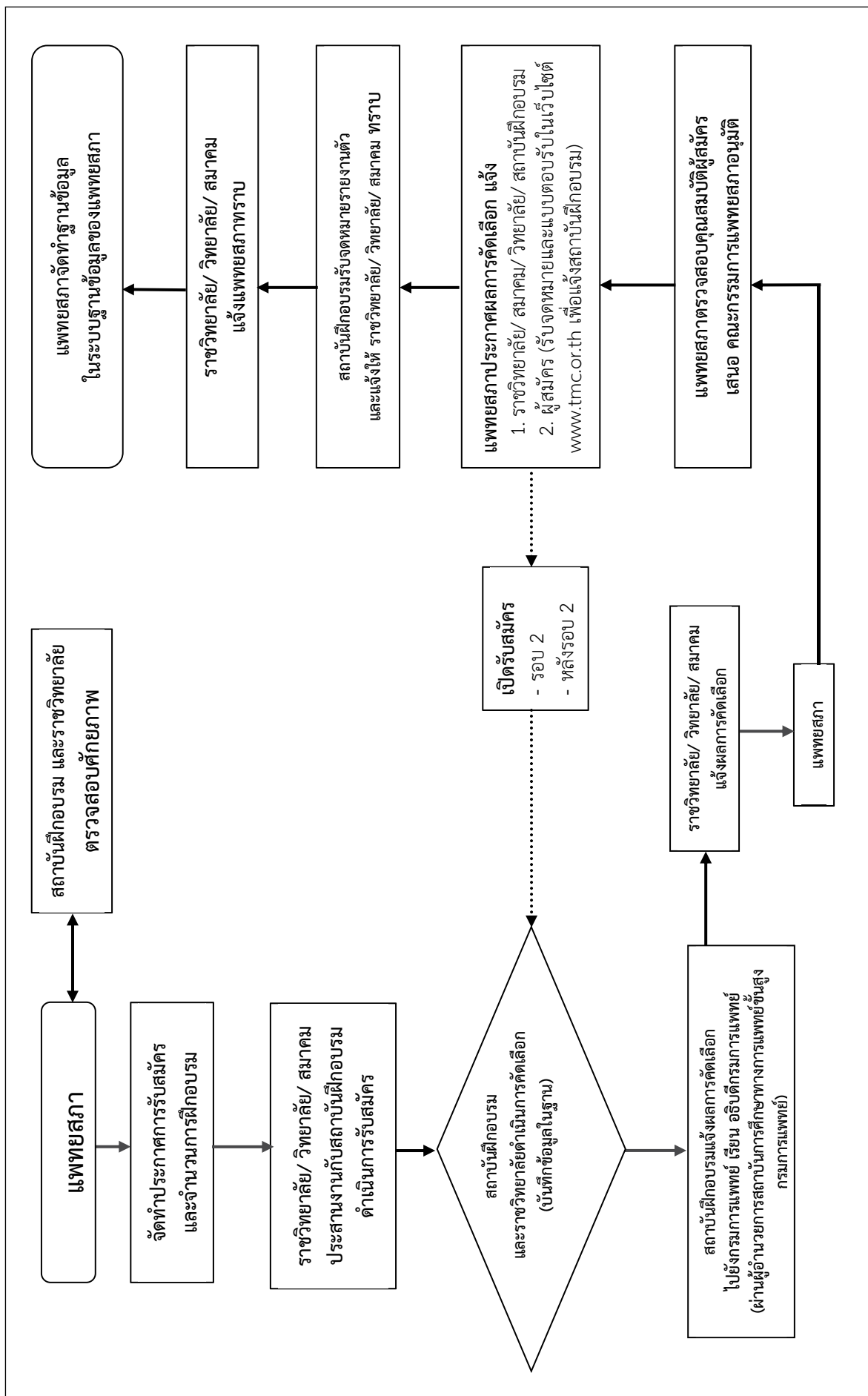
13) เอกสารหลักฐานอื่นที่สถาบันฝึกอบรมกำหนด

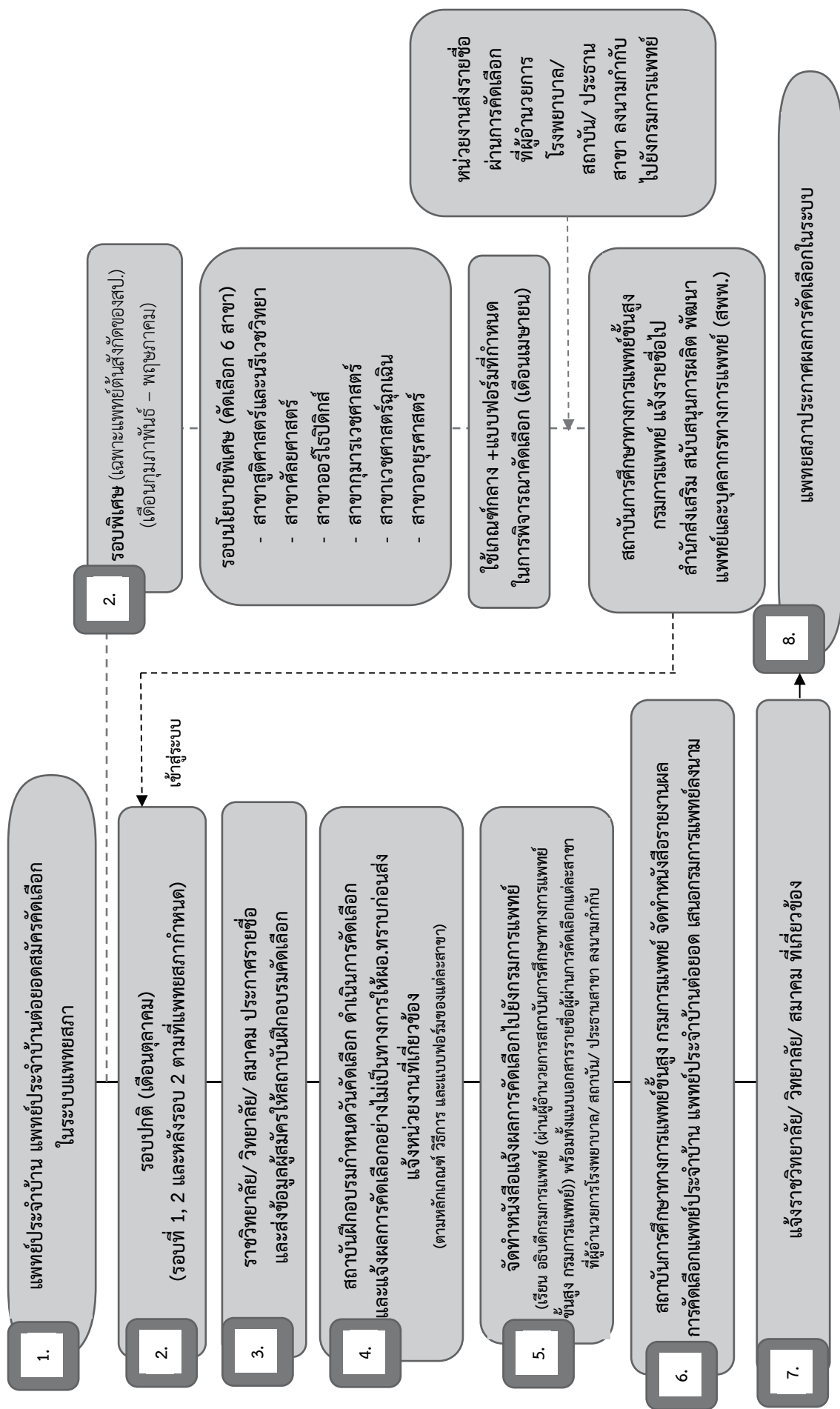
(ตัวอย่าง)
ใบสมัครสอบคัดเลือก

แพทย์ประจำบ้าน สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

1. ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว) นามสกุล.....
ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์)
2. วัน/ เดือน/ ปีเกิด อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....กรุ๊ปเลือด.....
3. เลขประจำตัวบัตรประชาชน ความสูง..... ซม. น้ำหนัก กก.
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก ชื่อที่พัก หมายเลขห้องพัก.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ ตำบล.....เขต/ อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ
- Email address:
5. ชื่อสามี/ภรรยา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
6. ชื่อบิดา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
7. ชื่อมารดา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
8. วุฒิการศึกษา (รายละเอียด).....
จากสถาบัน เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....
9. มีความรู้ความสามารถพิเศษ (โปรดระบุ).....
10. บุคคลที่ท่านรู้จักหรือคุ้นเคยในโรงพยาบาล เพื่อสะดวกในการติดต่อกับท่าน.....
.....หน่วยงาน..... โทร.....
11. ข้าพเจ้าขอสมัครสอบแข่งขัน โดยทุน.....ขอรับรองว่า
11.1 ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติทั่วไปครบถ้วน ในการศึกษาฝึกอบรม ในสาขาที่สมัคร
11.2 ข้าพเจ้าจะนำหลักฐานแสดงคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะดังที่หมายเหตุไว้ในใบสมัครนี้
มามอบแก่เจ้าหน้าที่ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามประกาศรับสมัครสอบ
11.3 ขอความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อความเป็นเท็จ
ภายหลังข้าพเจ้ายินยอมให้ยกเลิกสิทธิในการสมัคร

(ลายมือชื่อ).....ผู้สมัคร
ยื่นใบสมัครวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....





ภาพที่ 2 ขั้นตอนการพิจารณาคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอดของกรรมการแพทย์

1.1.4 การขอเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม/ สถาบันสมทบฝึกอบรม/ สถาบันร่วมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

1) สถาบันฝึกอบรมจัดทำแบบบันทึกข้อมูล ฉบับ ก ฉบับ ข มคอ.2 และ SAR (เกณฑ์มาตรฐานแพทยศาสตรศึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญาเปิดสถาบันฝึกอบรม) และชำระค่าธรรมเนียม 10,000 บาทกับแพทยสภา (ในกรณีที่เปิดสถาบันฝึกอบรมใหม่)

2) สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม/ สถาบันสมทบฝึกอบรม/ สถาบันร่วมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ไปยังกรรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 1.6 - 1.7)

3) สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ จัดทำหนังสือขออนุมัติเปิดฝึกอบรม/ สถาบันสมทบฝึกอบรม/ สถาบันร่วมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแจ้งไปยังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ที่เกี่ยวข้อง

4) ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม แจ้งให้คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ผู้ตรวจประเมินหลัก ตรวจสอบและจัดทำรายงานการตรวจสอบสถาบันที่ขอเปิดฝึกอบรม

5) ผู้ตรวจประเมินหลัก ตรวจสอบและจัดทำรายงานการตรวจสอบสถาบันที่ขอเปิดฝึกอบรม โดยใช้แบบรายงานการตรวจสอบสถาบันที่ขอเปิดฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมของแพทยสภา

6) ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม เสนอรายงานการตรวจสอบสถาบันที่ขอเปิดฝึกอบรมไปที่สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

7) แพทยสภาดำเนินการพิจารณาอนุมัติ โดยขั้นตอนการพิจารณาอนุมัติให้เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (กำหนดแล้วเสร็จภายใน 90 วันนับตั้งแต่สำนักงานเลขาธิการแพทยสภาได้รับหนังสือ)

8) สำนักงานเลขาธิการแพทยสภาแจ้งผลการพิจารณาให้เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านไปที่สถาบันฝึกอบรมและราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม และสถาบันฝึกอบรม

1.1.5 การเพิ่ม/ ลดศักยภาพการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ประกอบด้วย 2 กรณี ได้แก่

1) กรณีเป็นความประสงค์ของสถาบันฝึกอบรม

- สถาบันฝึกอบรมทำหนังสือขออนุมัติเพิ่ม/ ลดศักยภาพการฝึกอบรมไปยังกรรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) ดังเอกสารแนบ 1.8

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ จัดทำหนังสือแจ้งไปยังราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

- แจ้งไปยังราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

2) กรณีเป็นความประสงค์ของคณะกรรมการและสอบฯ

- คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ พบว่ามีความจำเป็นจะต้องขออนุมัติเพิ่ม/ ลดศักยภาพการฝึกอบรมฯ ของสถาบันฝึกอบรมใด ให้ตรวจสอบข้อมูลศักยภาพของสถาบันฝึกอบรมนั้น และจัดทำรายงานการเพิ่ม/ ลดศักยภาพของสถาบันฝึกอบรม โดยใช้แบบรายงานการเพิ่ม/ ลดศักยภาพของสถาบันฝึกอบรม หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา/ อนุสาขาต่างๆ

- สถาบันฝึกอบรมทำหนังสือขออนุมัติเพิ่ม/ ลดศักยภาพการฝึกอบรมไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) ดังเอกสารแนบ 1.8

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ จัดทำหนังสือแจ้งไปยังราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

- แจ้งไปยังราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

(สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมตาม qr code คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ แนวทางการดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ฉบับ พ.ศ. 2567 ของแพทยสภา ที่แนบท้าย)



2. ทันตแพทย์ประจำบ้าน

2.1 ขั้นตอนการรับสมัครทันตแพทย์ประจำบ้าน

2.1.1 ผู้สมัครตรวจสอบรายละเอียดการรับสมัครได้จากเว็บไซต์ www.royalthaident.org

2.1.2 ผู้สมัครเตรียมเอกสารหลักฐานในรูปแบบของไฟล์ pdf/ jpg/ gif/ png ดังนี้

- 1) ใบประเมินผลการศึกษาลอตหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (transcript)
- 2) ปริญญาบัตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
- 3) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ทันตกรรม

4) หนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาต่อ (มีใช้หนังสืออนุมัติให้สอบ) จากผู้บังคับบัญชาในระดับกรม หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ ในกรณีที่ท่านระบุว่าเป็นข้าราชการต้องใช้สิทธิของการเป็นข้าราชการ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดเอกสารและตัวอย่างหนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้จากเว็บไซต์ของมหาวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

5) รูปถ่ายของผู้สมัครขนาด 1 นิ้ว x 1 นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

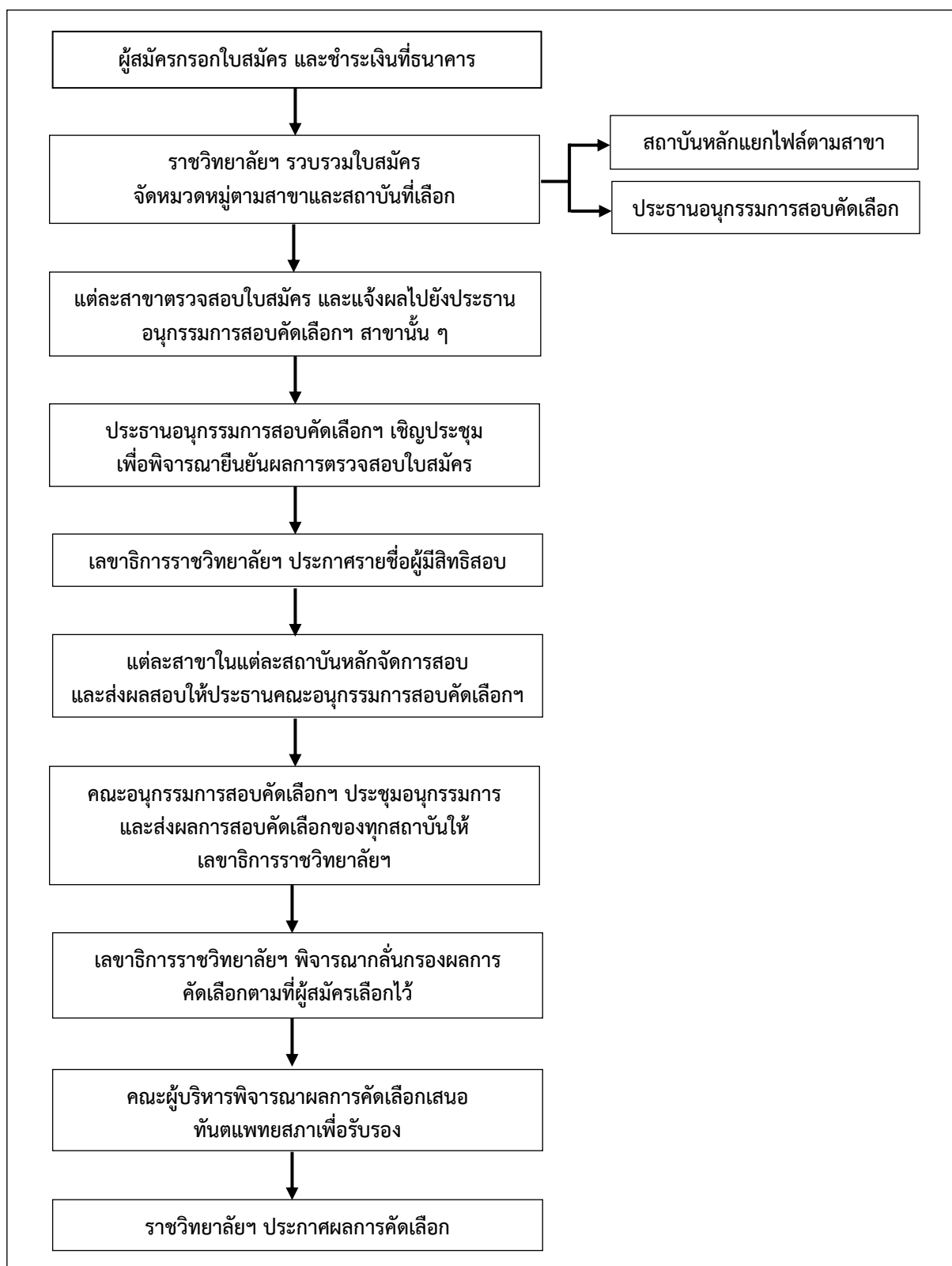
6) เอกสารหรือหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ผู้สมัครต้องยื่นคำขอเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล ตามข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2538 หมวด 4 ข้อ 17 โดยสามารถดาวน์โหลดแบบคำขอได้จากเว็บไซต์ของทันตแพทยสภาที่ www.dentalcouncil.or.th)

2.1.3 เปิดระบบการสมัครเข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรของทันตแพทยสภา โดยกรอกข้อมูลในทุกหัวข้อที่ใส่เครื่องหมาย “*” และอัปโหลดเอกสารตามข้อ 2.1.2 ทั้งหมด ในกรณีที่กรอกข้อมูลหรืออัปโหลดเอกสารยังไม่เสร็จ ผู้สมัครสามารถบันทึกข้อมูล (save draft) และดำเนินการต่อในภายหลังได้

2.1.4 หลังจากกรอกข้อมูลและอัปโหลดเอกสารครบถ้วนแล้วให้คลิก “ตรวจสอบข้อมูล” และ “ยืนยัน” ซึ่งหลังจากกดยืนยันแล้วผู้สมัครจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลใดๆ ได้

2.1.5 ดาวน์โหลดเอกสาร bill payment เพื่อนำไปชำระเงินค่าสมัครสอบ ได้ที่ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขา ภายหลังจากการชำระเงินแล้ว ผู้สมัครต้องเก็บเอกสารส่วนที่ 2 ของ bill payment ไว้เป็นหลักฐานการชำระเงิน โดยไม่ต้องส่งกลับไปยังมหาวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

2.2 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้สมัครเข้าฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้สมัครเข้าฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้าน

ตัวอย่างหนังสือที่เกี่ยวข้อง



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.1

ส่วนราชการ..... กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ..... /..... วันที่.....

เรื่อง รายงานผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม..... รอบที่.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้ดำเนินการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่..... เมื่อวันที่..... มีจำนวนแพทย์มาสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน จำนวน.....คน นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอแจ้งผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่..... จำนวน.....คน รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: แนบเอกสาร

1. ข้อมูลผู้ผ่านการคัดเลือก ประกอบด้วย รายชื่อแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เลขที่บัตรประชาชน และต้นสังกัด พร้อมทั้งลงนามกำกับโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสถาบัน/ ประธานสาขา/ หัวหน้าภาควิชา
2. สำเนาใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อตรวจสอบระยะเวลาการถือครองใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแต่ละราย

(ตัวอย่าง) รายชื่อแพทย์ประจำบ้านสาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....

ลำดับ	คำ นำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่ใบ ประกอบวิชาชีพ	เลขที่บัตรประชาชน	ต้นสังกัด
1	นาย	สมชาย	รักการเรียน	ว. 12345	1 2345 66790 98 9	โรงพยาบาลชลบุรี
2	นางสาว	สมหญิง	ภาคเพียร	ว. 67890	2 2211 55444 58 4	อิสระ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน/ ปรธานสาขา.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.2

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง รายงานผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้ดำเนินการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่.....เมื่อวันที่..... มีจำนวนแพทย์มาสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน จำนวน.....คน นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอแจ้งผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่..... ไม่มีผู้สมัคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.3

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง แจ้งการสละสิทธิ์ของแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รายงานผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน
เข้ารับการฝึกอบรมในสาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม รอบที่ โดยมีแพทย์ผ่านการ
คัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมฯ จำนวน.....ราย นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งการสละสิทธิ์จากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
ในสาขา.....ของ..... เลข ว. ต้นสังกัด.....
เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็น
พระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: แนบเอกสาร

1. เอกสารการแจ้งสละสิทธิ์ของแพทย์ผู้ผ่านการคัดเลือก
2. กรณีสละสิทธิ์ด้วยปัญหาสุขภาพ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.4

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ตอบรับยืนยันการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... รอบที่.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....เปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ และเริ่มมีการดำเนินการคัดเลือกแพทย์ ที่มาสมัครเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม.....นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ที่ตอบรับยืนยันการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ปีการฝึกอบรม..... รอบที่.....รายละเอียดตาม เอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็น พระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: แนบเอกสาร

1. แบบยื่นหลักฐานแสดงความพร้อมและตอบรับยืนยัน

2. หนังสือรับรองต้นสังกัด

- กรณีต้นสังกัดอยู่ในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขลงนาม)

- กรณีต้นสังกัดอยู่ในสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร

ลงนาม)

- กรณีต้นสังกัดเป็นมหาวิทยาลัย (อธิการบดี ลงนาม)

- กรณีต้นสังกัดเป็นโรงพยาบาลตำรวจ (นายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ลงนาม)

- กรณีต้นสังกัดเป็นกรมการแพทย์ (รองอธิบดีที่กำกับดูแลสถาบันฝึกอบรมนั้นๆ ลงนาม)

หมายเหตุ กรณีที่เป็นต้นสังกัดอิสระให้แนบลำดับฐานใบปลดภาระการใช้ทุนด้วย แต่หากแพทย์จบ จากต่างประเทศ หรือเอกชน ให้หมายเหตุไว้

3. หนังสือผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านจากแพทย์สภา



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.5

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเปิดรับสมัครการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... หลังรอบ 2 ประจำปีการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้ดำเนินการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่ 2 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ขออนุมัติรับแพทย์ประจำบ้านหลังรอบ 2 ประจำปีการฝึกอบรม..... จำนวน.....ตำแหน่ง เนื่องจากจำนวนศักยภาพโควตาที่ได้รับอนุมัติไว้นั้น ยังมีตำแหน่งว่างอยู่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: แนบเอกสาร

- 1) ศักยภาพการฝึกอบรมที่สามารถรับได้
- 2) รายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับการคัดเลือกแล้วในรอบที่ 1 และ 2



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.6

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน..... มีความประสงค์ขอเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม เป็นต้นไป (หากมีสถาบัน/โรงพยาบาลเป็นสถาบันสมทบ/ สถาบันร่วมฝึกอบรม ให้ระบุชื่อสถาบัน/ โรงพยาบาล และสถานภาพว่าเป็นสถาบันฝึกอบรมสมทบหรือสถาบันร่วมฝึกอบรมด้วย)

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอส่งหลักสูตรการฝึกอบรมฯ และแบบบันทึกข้อมูลฉบับ ก และ ข ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ มาเพื่อพิจารณาอนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... และกำหนดศักยภาพในการฝึกอบรมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: แนบเอกสาร

1. เอกสารข้อมูลฉบับ ก และ ข
2. มคอ.2 และ SAR (เกณฑ์มาตรฐานแพทยศาสตรศึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญาเปิดสถาบันฝึกอบรม)
3. หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม 10,000 บาทกับแพทยสภา



qr code เอกสารข้อมูลฉบับ ก และ ข



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.7

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติให้ เป็นสถาบันสมทบ/ สถาบันร่วมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่แพทยสภาได้อนุมัติให้ เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... จำนวนปีละ ระดับละ ตำแหน่ง ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม เป็นต้นมา นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... มีความประสงค์ขออนุมัติให้ (ระบุชื่อสถาบัน / โรงพยาบาลที่จะเป็นสถาบันสมทบ/ สถาบันร่วมฝึกอบรม) เป็นสถาบันสมทบ/ สถาบันร่วมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... โดยจะส่งแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ คราวละ คน คนละไม่เกิน เดือน ไปฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์ในสาขา / ช่ววิชา โดยเริ่มตั้งแต่ปี การฝึกอบรม เป็นต้นไป พร้อมกันนี้ โรงพยาบาล/ สถาบันที่จะเป็นสถาบันสมทบ/ สถาบันร่วมฝึกอบรม..... ได้ตอบรับเป็นสถาบันสมทบ/ สถาบันร่วมฝึกอบรมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และมี ศักยภาพที่จะดำเนินการดังกล่าวได้ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็น พระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: แนบเอกสาร เอกสารข้อมูลฉบับ ก และ ข



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.8

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอเพิ่ม/ ลดศักยภาพการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....เป็นต้นมา นั้น

เนื่องจาก.....(ระบุเหตุผลที่ขอเพิ่ม/ ลดศักยภาพที่เคยได้รับอนุมัติไว้).....
โรงพยาบาล/ สถาบัน..... มีความประสงค์ขอเพิ่ม/ ลดศักยภาพการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....
.....ที่เคยได้รับอนุมัติไว้ ปีละ ระดับละไม่เกิน.....ตำแหน่ง เป็น ปีละ ระดับละไม่เกิน.....
.....ตำแหน่ง ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....เป็นต้นไป พร้อมกันนี้ได้แนบเอกสารข้อมูลฉบับ ก และ ข มาเพื่อ
ประกอบการพิจารณาดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็น
พระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: แนบเอกสาร

- 1) เอกสารข้อมูลฉบับ ก และ ข
- 2) แบบรายงานสรุปการรับแพทย์เข้าฝึกอบรมความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ปีการฝึกอบรม.....
- 3) สรุปการรับแพทย์เข้าฝึกอบรมความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม กรณีโครงการร่วม
ฝึกอบรม ปีการฝึกอบรม.....

(ตัวอย่าง) แบบรายงานสรุปการรับแพทย์เข้าฝึกอบรมความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ปีการฝึกอบรม.....

สาขาวิชา.....ระยะเวลาฝึกอบรม.....ปี
สถาบันฝึกอบรม.....

ประเภทแผนงานฝึกอบรมที่มี (เลือกทุกข้อที่สถาบันนั้นมี)

- ☐ แผน ก แพทย์ประจำบ้าน ☐ สถาบันหลัก ☐ สถาบันร่วม ☐ สถาบันสมทบ
☐ แผน ข แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรฯ ☐ แผน ค แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อหนังสืออนุมัติฯ

1. การรับแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม.... (ไม่รวมโครงการร่วมฝึกอบรมตามผนวก ก) ดังต่อไปนี้

1.1 ตำแหน่งการฝึกอบรมที่แพทย์สภาอนุมัติในปีการฝึกอบรม จำนวน.....ตำแหน่ง

1.2 แพทย์เข้ารับการฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม รวม จำนวน.....ตำแหน่ง

ก) แพทย์ประจำบ้าน (แผน ก) รวม จำนวน.....ตำแหน่ง

1. มีต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐ จำนวน.....ตำแหน่ง

2. ไม่ต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐ จำนวน.....ตำแหน่ง

ข) แพทย์ใช้ทุนปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรฯ (แผน ข) จำนวน.....ตำแหน่ง

ค) แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อหนังสืออนุมัติฯ (แผน ค) จำนวน.....ตำแหน่ง

2. จำนวนแพทย์ที่จะขอรับเข้าฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม ดังต่อไปนี้

1.1 ศักยภาพเต็มเฉพาะของสถาบันที่แพทย์สภาอนุมัติล่าสุด จำนวน.....ตำแหน่ง
(อนุมัติเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

1.2 รับสมทบจากสถาบันอื่น (ถ้ามี) รวมจำนวน.....ตำแหน่ง

ก) ชื่อสถาบันสมทบ 1.....จำนวน.....ตำแหน่ง

ข) ชื่อสถาบันสมทบ 2.....จำนวน.....ตำแหน่ง

1.3 ให้สมทบแก่สถาบันอื่น (ถ้ามี) รวม รวมจำนวน.....ตำแหน่ง

ก) ชื่อสถาบันที่ให้ไป 1.....จำนวน.....ตำแหน่ง

ข) ชื่อสถาบันที่ให้ไป 2.....จำนวน.....ตำแหน่ง

1.4 ให้แผนงานร่วมฝึกอบรม (ถ้ามี ☐ ตามผนวก ก) รวมจำนวน.....ตำแหน่ง

ก) ชื่อสถาบันร่วม 1.....จำนวน.....ตำแหน่ง

ข) ชื่อสถาบันร่วม 2.....จำนวน.....ตำแหน่ง

1.5 แพทย์ใช้ทุนที่จะขอขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานเพื่อวุฒิบัตรฯ (แผน ข) ในปีการฝึกอบรม

(ถ้ามี ☐ ตามรายชื่อในผนวก ข) จำนวน.....ตำแหน่ง

1.6 แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อหนังสืออนุมัติ (แผน ค) ที่จะมีสิทธิสมัครสอบพร้อมแพทย์ประจำบ้านที่เริ่มเข้าในปี
การฝึกอบรม (ถ้ามี ☐ ตามรายชื่อในผนวก ค) จำนวน.....ตำแหน่ง

1.7 แพทย์ประจำบ้าน (แผน ก) ที่จะขอรับในปีการฝึกอบรม จำนวน.....ตำแหน่ง

หมายเหตุ - จำนวนรวมของข้อ 2.5 + 2.6 + 2.7 ต้องไม่เกินกว่าข้อ 2.1 + 2.2 - 2.3 - 2.4

- กรณีไม่มีในข้อใดให้ใส่เลข “0” (ศูนย์)

➤ กรณีรับเข้าฝึกอบรมชั้นปี 2 และ ชั้นปี 3

(ต้องมีศักยภาพคงเหลือจากปีการฝึกอบรมที่ผ่านมาหรือตามหลักสูตรกำหนด)

- | | |
|--|-------------------|
| 1. (เข้าปี 3) สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา | จำนวน.....ตำแหน่ง |
| 2. (เข้าปี 2) สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด | จำนวน.....ตำแหน่ง |
| 3. (เข้าปี 2) สาขาประสาทวิทยา | จำนวน.....ตำแหน่ง |
| 4. (เข้าปี 2) สาขาตจวิทยา | จำนวน.....ตำแหน่ง |
| 5. (เข้าปี 2) อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต | จำนวน.....ตำแหน่ง |

(ตัวอย่าง) สรุปการรับแพทย์เข้าฝึกอบรมความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
กรณีโครงการร่วมฝึกอบรม ปีการฝึกอบรม

สาขาวิชา.....ระยะเวลาฝึกอบรมรวม.....ปี
ระหว่างสถาบัน 1.....สัดส่วน.....เดือน
และ สถาบัน 2.....สัดส่วน.....เดือน
และ สถาบัน 3.....สัดส่วน.....เดือน

1. การรับแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมในโครงการร่วมปีการฝึกอบรม ดังต่อไปนี้
- 1.1 ตำแหน่งการฝึกอบรมที่แพทย์สถานุมัติในปีการฝึกอบรม จำนวน.....ตำแหน่ง
- 1.2 แพทย์เข้ารับการฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม รวม จำนวน.....ตำแหน่ง
- ก) แพทย์ประจำบ้าน (แผน ก) รวม จำนวน.....ตำแหน่ง
1. มีต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐ จำนวน.....ตำแหน่ง
2. ไม่ต้นสังกัดจากหน่วยงานของรัฐ จำนวน.....ตำแหน่ง

2. จำนวนแพทย์ที่จะขอรับเข้าฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม ดังต่อไปนี้
- 1.1 ศักยภาพที่รับเข้าโครงการร่วมฝึกอบรม รวมทั้งสิ้นจำนวน.....ตำแหน่ง
- ก) รับจากสถาบัน 1.....จำนวน.....ตำแหน่ง
- ข) รับจากสถาบัน 2.....จำนวน.....ตำแหน่ง
- ค) รับจากสถาบัน 3.....จำนวน.....ตำแหน่ง
- 1.2 แพทย์ประจำบ้าน (แผน ก) ที่จะขอรับในปีการฝึกอบรม จำนวน.....ตำแหน่ง

หมายเหตุ กรณีมีโครงการร่วมฝึกอบรมหลายโครงการ ให้รายงานแยกแต่ละโครงการ

บันทึก.....
.....
.....

รับรองถูกต้อง

ลงชื่อ

(นายแพทย์/แพทย์หญิง.....)

หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้ากลุ่มงาน.....

รายชื่อแพทย์ใช้ทุนที่จะขอขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานเฉพาะสาขาเพื่อวุฒิบัตร (แผน ข)
ประจำปีการฝึกอบรม

สาขา.....

สถาบันฝึกอบรม.....

ลำดับที่	เลข ว.	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	วันที่จะเริ่มปฏิบัติงานเฉพาะสาขา	หมายเหตุ

รับรองถูกต้อง

ลงชื่อ

(นายแพทย์/แพทย์หญิง.....)

หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้ากลุ่มงาน.....

รายชื่อแพทย์ที่จะขอขึ้นทะเบียนปฏิบัติงานเฉพาะสาขาเพื่อหนังสืออนุมัติ (แผน ค)

สาขา.....

สถาบันฝึกอบรม.....

ลำดับที่	เลข ว.	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	วันที่จะเริ่มปฏิบัติงานเฉพาะสาขา	หมายเหตุ

รับรองถูกต้อง

ลงชื่อ

(นายแพทย์/แพทย์หญิง.....)

หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้ากลุ่มงาน

รายชื่อแพทย์ประจำบ้าน (แผน ก) และแพทย์ปฏิบัติงานเฉพาะสาขาเพื่อวุฒิบัตร (แผน ข)

1. เข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติงานเฉพาะสาขาชั้นปีที่ 1 ประจำปีการฝึกอบรม.....

สาขา.....

สถาบันฝึกอบรม.....

ลำดับที่	แผน	เลข ว.	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	วันที่เริ่มชั้นปี	หมายเหตุ

2. เข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติงานเฉพาะสาขาชั้นปีที่ 2 ประจำปีการฝึกอบรม

สาขา.....

สถาบันฝึกอบรม.....

ลำดับที่	แผน	เลข ว.	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	วันที่เริ่มชั้นปี	หมายเหตุ

3. เข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติงานเฉพาะสาขาชั้นปีที่ 3 ประจำปีการฝึกอบรม.....

สาขา.....

สถาบันฝึกอบรม.....

ลำดับที่	แผน	เลข ว.	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	วันที่เริ่มชั้นปี	หมายเหตุ

4. เข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติงานเฉพาะสาขาชั้นปีที่ 4 ประจำปีการฝึกอบรม

สาขา.....

สถาบันฝึกอบรม.....

ลำดับที่	แผน	เลข ว.	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ นามสกุล	วันที่เริ่มชั้นปี	หมายเหตุ

รับรองถูกต้อง

ลงชื่อ

(นายแพทย์/แพทย์หญิง.....)

หัวหน้าภาควิชา/หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ตัวอย่างเอกสารประกอบการสมัคร แพทย์ประจำบ้าน



สำเนาถูกต้อง
หมินน้อย
(นายหมินน้อย ห้อยพุง)

CMR 9

CHIANG MAI UNIVERSITY, CHIANG MAI, THAILAND.

OFFICIAL TRANSCRIPT

NAME _____ DATE ADMITTED _____
 STUDENT CODE _____ DATE OF BIRTH _____ FACULTY _____
 DEGREE **DOCTOR OF MEDICINE** DATE GRANTED **February 20, 2012**

2006 - 1st Semester				2009 - Academic Year (Continue)			
001-107	FOUNDATION ENGLISH	6	A	331-408	RADIOLOGY	3	C+
050-106	HUMANISTIC ARTS	3	S	331-412	SURGERY II	5	B
159-101	FUN IN SOCIO AND ANTHRO	3	C+	331-413	COMMUNITY HEALTH	3	B+
206-171	GENERAL MATHEMATICS I	3	A	490710142	47 47 43 2.76		
207-143	PHYS FOR MED STUDENTS	3	C+	2010 - Academic Year			
207-153	PHYS LAB MED STUDENTS	1	B	310-593	BASIC CARDIAC & THORA SURG	2	S
490710142	19 19 16 3.38			310-594	PLASTIC & RECONSTRU SURG	2	S
2006 - 2nd Semester				331-501	MEDICINE II	6	C+
001-203	ENGL FOR ACAD PURPOSE	3	B	331-502	SURGERY III	6	C
001-204	ENGL FOR HEALTH SCIENCE	3	A	331-503	OB & GYN II	4	B
202-183	BIOL HEALTH SCI STUDENT	4	C+	331-504	PEDIATRICS II	4	C
203-153	CHEM FOR HEA SCI	3	B	331-505	FAM & COM MED II	4	B
203-159	CHEM LAB HEA SCI	1	B+	331-506	PSYCHIATRY II	2	C+
329-101	MED PROFESS DEVELOP I	3	C+	331-507	ORTHOPEDICS	4	B+
490710142	17 17 17 3.00			331-508	ACCIDENT & EMER MED	3	C+
2007 - Academic Year				331-509	OPHTHALMOLOGY	3	B
329-201	MED PROFESS DEVELOP II	3	C+	331-510	OTOLARYNGOLOGY	3	B+
329-202	MED PROFESS DEVELOP III	2	C+	331-511	ANESTHESIOLOGY	3	B
330-201	BASIC MEDICAL SCIENCES I	5	B+	331-512	FORENSIC MEDICINE	2	A
330-202	BASIC MEDICAL SCIENCES II	7	B+	490710142	48 48 44 2.77		
330-203	INTEGU MENTARY SYSTEM	2	B	2011 - Academic Year			
330-204	LOCOMOTIVE SYSTEM	4	B	331-601	EXP LEA SEL 5	2	S
330-205	CARDIOVASCULA SYSTEM	5	B	331-602	EXP LEA SEL 6	2	S
330-206	RESPIRATORY SYSTEM	4	C+	332-601	CLERKSHIP IN MEDICINE	8	C+
330-207	GASTRO & NUTRI SYS	4	B	332-602	CLERKSHIP IN SURGERY	8	B+
490710142	36 36 36 3.04			332-603	CLERKSHIP IN OB & GYN	8	C
2008 - Academic Year				332-604	CLERKSHIP IN PED	8	C
311-392	BASIC IMMU & IMMU	2	S	332-605	FAM & COM MED III	4	B
320-393	APPLIED CLINIC PHAR I	2	S	332-607	CLERKSHIP IN ORTHOPEDICS	4	C
329-301	MED PROFESS DEVELOP IV	3	B+	332-608	CLERKSHIP ACCI & EMER MED	4	C
329-302	MED PROFESS DEVELOP V	2	C	490710142	48 48 44 2.45		
330-301	HEMATO & LYMP SYS	4	C+	= END OF RECORD =			
330-302	URINARY SYSTEM	5	C+	TOTAL CREDITS EARNED = 255			
330-303	ENDOCRINE SYSTEM	4	C+	GRADE POINT AVERAGE = 2.79			
330-304	REPRODUCTIVE SYSTEM	5	B				
330-305	NERVOUS SYSTEM I	4	C+				
330-306	NERVOUS SYSTEM II	3	B				
331-301	INTRO TO CLINIC MED	6	C+				
490710142	40 40 36 2.67						
2009 - Academic Year				REGISTRAR			
310-491	GENERAL SURGERY	2	S	November 20, 2014			
310-493	HEPATO.PANCRE SURG I	2	S				
331-401	MEDICINE I	10	B				
331-402	SURGERY I	5	B				
331-403	OBG & GYN I	5	C+				
331-404	PEDIATRICS I	4	C				
331-405	FAM & COM MED I	5	C				
331-406	PSYCHIATRY I	2	B				
331-407	REHABILITATION	1	A				

OFFICIAL TRANSCRIPT IS NOT VALID WITHOUT SEAL AND ORIGINAL SIGNATURE
 Warning: Forgery is a criminal offense and is subject to the criminal code.

Page 1/1

ประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา



เลขที่/.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้ผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา

ระหว่างวันที่ -

มีเกียรติและสิทธิแห่งประกาศนียบัตรนี้ทุกประการ

ให้ไว้ ณ วันที่

เลขาธิการแพทยสภา

นายกแพทยสภา

ใบแทนใช้ในกรณีที่ประกาศนียบัตรฉบับจริงสูญหายและได้ขอออกไปใหม่แทน



เลขที่..... (ใบแทน)

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ชื่อ-สกุล.....

ได้ผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา
มีเกียรติและดีที่สุดในแห่งประกาศนียบัตรนี้ทุกประการ
ให้ไว้ ณ วันที่.....

ในแทนประกาศนียบัตรนี้ออกให้ ณ วันที่.....

เลขาธิการแพทยสภา

นายกแพทยสภา

หนังสือรับรองระหว่างปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ กรณีที่ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ
ยังไม่ครบกำหนด



ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า ชื่อ- สกุล..... ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ
สังกัด ได้มาฝึกปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะโรงพยาบาล
..... ระหว่างวันที่ - วันที่ ขณะนี้กำลังปฏิบัติงาน
เพิ่มพูนทักษะ ณ กลุ่มงาน โรงพยาบาล..... จริง และคาดว่าจะสำเร็จโครงการ
เพิ่มพูนทักษะ ในวันที่ รวมระยะเวลาฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะเป็นเวลา ๑ ปี

ให้ไว้ ณ วันที่

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน

หน่วยงาน

โทร.

โทรสาร



แพทยสภา
The Medical Council

ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
7th Floor, Office of the Permanent Secretary, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Nonthaburi 11000, Thailand.
Tel: (0)2590-1880-1, (0) 2590-1883, (0) 2590-1886-8, (0) 2590-1894, (0) 2591-8614 Fax: (0) 2591-8614-5
Website : www.tmc.or.th E-Mail : tmc@tmc.or.th, tmc@health.moph.go.th

พส 012/

วัน..... เดือน พ.ศ.

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

เรียน ผู้เกี่ยวข้อง

ขอรับรองว่า แพทย์หญิง/นายแพทย์..... ได้ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ
ที่โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ตั้งแต่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ถึง วัน..... เดือน พ.ศ..... ครบตามเกณฑ์ของแพทยสภาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จดหมายรับรองฉบับนี้ ออกตามประกาศนียบัตร เลขที่/.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ..... ซึ่งได้รับการรับรองโดยแพทยสภาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

เลขาธิการแพทยสภา



แพทยสภา
The Medical Council

ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
7th Floor, Office of the Permanent Secretary, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Nonthaburi 11000, Thailand.
Tel: (0)2590-1880-1, (0) 2590-1883, (0) 2590-1886-8, (0) 2590-1894, (0) 2591-8614 Fax: (0) 2591-8614-5
Website : www.tmc.or.th E-Mail : tmc@tmc.or.th, tmc@health.moph.go.th

ที่ พส.

วันที่

หนังสือรับรองวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ
ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ขอรับรองว่า แพทย์หญิง/นายแพทย์

ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่

ออกให้ ณ วันที่ สอบได้วุฒิบัตรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ

เวชกรรม สาขา..... โดยการอนุมัติของคณะกรรมการแพทยสภา ตั้งแต่วันที่

(.....)

เลขาธิการแพทยสภา

หมายเหตุ.-

๑. หนังสือรับรองนี้จะต้องประทับตราตนแพทยสภาบลายเซ็นของเลขาธิการแพทยสภาจึงจะสมบูรณ์
๒. หนังสือรับรองนี้ใช้ได้ในกำหนดระยะเวลา ๖ เดือน นับจากวันที่ออก



วุฒิบัตร

แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขาอำนวยการทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๕

แพทยสภา

ออกวุฒิบัตรแก่

ชื่อ-สกุล

ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ โดยนิตยภัต ที่

ลงวันที่

เป็นผลจากความรู้อาชีพการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขา

มีเกียรติ คำนึง และสิทธิแห่งวุฒิบัตรสามารถตามกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภาทบทวนการ

ออกได้ ณ วันที่

นายแพทย์สภา

ประธานราชวิทยาลัยอำนวยการแพทยแห่งประเทศไทย

เลขาธิการแพทยสภา

ประธานคณะกรรมการการพิจารณาและสอบ

ตราหน่วยงาน

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....

.....

ที่ ศธ

วันที่

เรื่อง รับรองสถานภาพแพทย์ประจำบ้าน

เรียน ผู้เกี่ยวข้อง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า ชื่อ-สกุล..... ปัจจุบันเป็นแพทย์ประจำบ้าน
สาขา..... ระดับปีที่ ... ฝึกอบรม ณ
ตั้งแต่วันที่ จนถึงปัจจุบัน โดยหลักสูตรดังกล่าว เริ่มฝึกอบรมตั้งแต่
วันที่ ถึงวันที่

ให้ไว้ ณ วันที่

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน



ที่ จบ

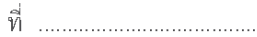
ที่อยู่หน่วยงาน.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า ชื่อ-สกุล..... ได้ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุน
ประจำกลุ่มงาน โรงพยาบาล..... โดยผ่านการปฏิบัติงานและฝึกอบรม ในชั้นปีที่ ชั้นปีที่
ชั้นปีที่ และปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ ของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาล.....
โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น เดือน

ให้ไว้ ณ วันที่

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน



.....

ให้ไว้ ณ วันที่ กันยายน พ.ศ.

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน

ใบอนุญาติที่



ออกให้ตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพแพทย พ.ศ. ๒๕๒๕

แพทยสภา

ออกใบอนุตตแพท

ชื่อ-สกุล..... อายุ

ซึ่งได้ลงทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทยกรรมแล้ว และสิทธิประกอบวิชาชีพแพทยกรรม
ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา

ออกให้ ณ วันที่



นายกแพทยสภา

เลขาธิการแพทยสภา

จดหมายแจ้งผู้สมัครขาดเอกสาร

เรียน ผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการอบรม

ตามที่ท่านได้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการอบรม นั้นราชวิทยาลัย
..... ได้ตรวจสอบใบสมัครของท่านแล้วปรากฏว่าท่านยังขาดเอกสารดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- ใบรับรองต้นสังกัด
- สำเนาใบประเมินผลการศึกษา
- สำเนาใบเพิ่มพูนทักษะ / กำลังอยู่ในระหว่างเพิ่มพูนทักษะ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- สำเนาใบอนุมัติบัตร/หนังสืออนุมัติ/หนังสือรับรองกำลังศึกษาแพทย์ประจำบ้าน
ในปีสุดท้าย
- รูปถ่าย 2 นิ้ว
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล/ใบทะเบียนสมรส

จึงขอให้ท่านดำเนินการจัดส่งเอกสารดังกล่าวมายังราชวิทยาลัย
ภายใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



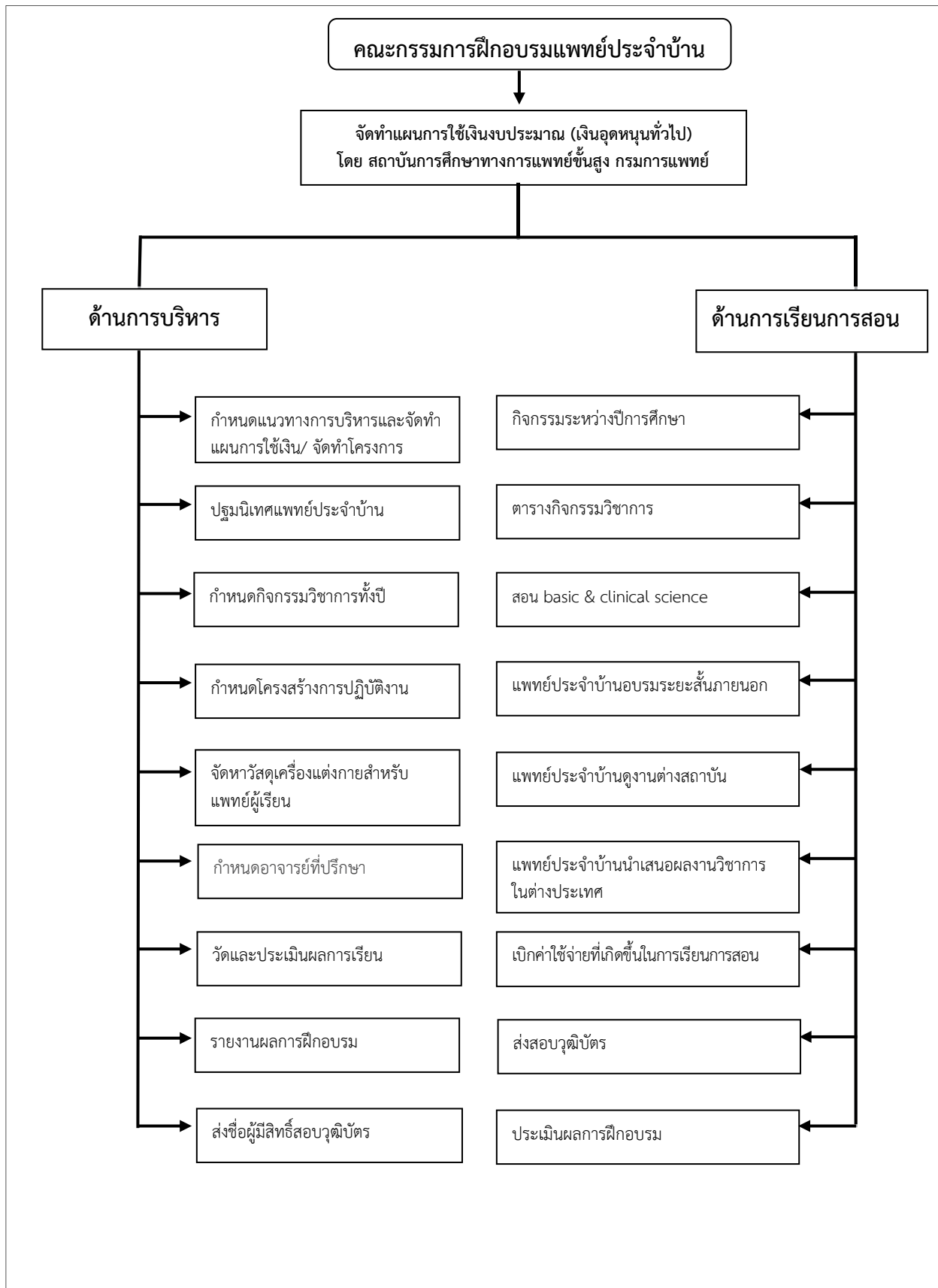
กรมการแพทย์
Department of Medical Services

บทที่ 2

การบริหารการเรียนการสอน

แพทย์ประจำบ้าน

2. การบริหารการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน



2.1 ด้านการบริหาร

2.1.1 กำหนดแนวทางการบริหาร

1) กรรมการแพทย์ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน เป็นประธาน) คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์แต่ละสาขา (ต้องมีตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน ร่วมเป็นอนุกรรมการอย่างน้อย 1 คน) และคณะอนุกรรมการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านแต่ละสาขา ทั้งนี้คำสั่ง กรรมการแพทย์ ลงนามโดยอธิบดีกรมการแพทย์หรือรองอธิบดีที่ได้รับมอบหมาย โดยดำเนินการ ดังนี้

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรรมการแพทย์ จัดทำหนังสือขอรายชื่อคณะกรรมการฯ ไปยังสถาบันฝึกอบรม

- สถาบันฝึกอบรมแจ้งรายชื่อ ไปยังกรรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 2.1)

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรรมการแพทย์ รวบรวมรายชื่อคณะกรรมการฯ เพื่อส่ง กองบริหารทรัพยากรบุคคลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

- กองบริหารทรัพยากรบุคคลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเสนออธิบดีกรมการแพทย์ หรือรองอธิบดีที่ได้รับมอบหมายลงนาม

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรรมการแพทย์ แจ้งเวียนคำสั่งไปยังสถาบันฝึกอบรม

2) สาขาดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (คำสั่งภายในของโรงพยาบาล/ สถาบัน ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน) เช่น

- กรรมการสอบสัมภาษณ์ในการสอบคัดเลือก
- กรรมการออกข้อสอบ
- กรรมการสอบปากเปล่าหรือการสอบสัมภาษณ์
- กรรมการพิจารณาคัดเลือกข้อสอบ
- กรรมการตรวจข้อสอบ ข้อเขียน Case
- ฯลฯ

3) จัดประชุมอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านด้านต่างๆ ของสาขา โดยดำเนินการ ดังนี้

- กำหนดวันประชุม
- ดำเนินการขออนุมัติจัดประชุมต่อผู้อำนวยการ (ถ้ามีการเบิกค่าใช้จ่ายตามกิจกรรมในโครงการ ที่ได้รับอนุมัติดำเนินการ) (เอกสารแนบ 2.2)

- ทำหนังสือเชิญประชุม (เอกสารแนบ 2.3)

- จัดเตรียมสถานที่ประชุม และเอกสารการประชุม

- จัดเตรียมอาหารว่างและเครื่องดื่ม หรืออาหารกลางวัน (ถ้ามี)

- ดำเนินการรวบรวมใบสำคัญค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการประชุมและส่งเบิก (ต้องมีกิจกรรม รายการค่าใช้จ่ายในโครงการที่ได้รับการอนุมัติ)

4) วางแผนใช้งบประมาณและจัดทำโครงการตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

- วางแผนกิจกรรมที่ใช้งบประมาณตลอดทั้งปี

- ติดตามการดำเนินกิจกรรม

- จัดทำโครงการขออนุมัติดำเนินการ โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 7 หรือหน้าที่ 157 -175

2.1.2 ปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน (เฉพาะสาขา)

- 1) สถาบันฝึกอบรมกำหนดวันปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน
- 2) จัดหาสถานที่ในการดำเนินการจัดกิจกรรม โดยระบุวันที่และสถานที่จัด
- 3) จัดทำหนังสือเชิญแพทย์/ ประชาสัมพันธ์แจ้งให้แพทย์ประจำบ้านเข้าร่วมการปฐมนิเทศ
- 4) ดำเนินกิจกรรมตามโครงการที่เขียนแผนการใช้เงินงบประมาณ
- 5) หากมีค่าใช้จ่ายให้สรุปค่าใช้จ่ายโดยแนบหลักฐานการเบิกจ่ายตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง (จ้างเหมา/ จัดซื้อตามระเบียบพัสดุ) ดังนี้
 - โครงการที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการแพทย์
 - หนังสือขออนุมัติดำเนินกิจกรรม
 - รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม/ ใบลงทะเบียน
 - ใบเสร็จต่างๆ เช่น ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าอาหารกลางวัน ค่าวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องและอื่น ๆ ที่ใช้ในการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน

2.1.3 กำหนดกิจกรรมวิชาการทั้งปีการฝึกอบรม

- 1) จัดตารางกิจกรรมวิชาการ
 - หากกิจกรรมวิชาการนั้นๆ มีอาจารย์ที่คุมกิจกรรมวิชาการให้ทำเรื่องเบิกค่าคุมกิจกรรมวิชาการนั้นตามอัตราที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง
 - เอกสารประกอบการเบิกจ่าย คือ ตารางกิจกรรมวิชาการ ตารางลงนามของผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการนั้นๆ/ ใบลงทะเบียน

2) แจ้งแพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์แพทย์ทราบ

3) แจ้งเวียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1.4 กำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงาน

1) จัดตาราง rotation งานของแพทย์ประจำบ้าน

2) แจ้งเวียนตารางการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1.5 จัดหาวัสดุเครื่องแต่งกายสำหรับแพทย์ผู้เรียน

1) จัดหาวัสดุเครื่องแต่งกายสำหรับแพทย์ผู้เรียน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังอนุมัติวัสดุเครื่องแต่งกายของแพทย์ประจำบ้าน คนละ 2 ชุดต่อปี (ตามประกาศกรมการแพทย์ที่ สธ 0302/ว.144) ในอัตราตามประกาศกรมการแพทย์ที่ สธ 0302/ว.1 และในส่วนการจัดหาเพิ่มเติมให้อยู่ในดุลยพินิจของโรงพยาบาล หน่วยงาน หรือสถาบันฝึกอบรมนั้นๆ ตามระเบียบกรมการแพทย์ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรมการแพทย์ พ.ศ. 2564 ข้อ 9.6 (ภาคผนวกที่ 3)

2) ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุ

2.1.6 กำหนดอาจารย์ที่ปรึกษา

1) งานวิจัย

- คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา

- หัวข้องานวิจัย

- หนังสือขอผ่าน Ethic Committee (EC) ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับศูนย์วิจัยฯ ของโรงพยาบาล/

สถาบัน

- หากมีความประสงค์จะใช้เงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับการจัดสรรเพื่อทำวิจัยแพทย์ประจำบ้าน ให้จัดทำโครงการวิจัยตามแบบฟอร์มโครงการวิจัยและระบุรายละเอียดงบประมาณส่งขออนุมัติดำเนินการเข้ามาที่กรมการแพทย์ โดยเรียนอธิบดีกรมการแพทย์

2) แพทย์ประจำบ้าน

- จัดหาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อช่วยกำกับดูแลและให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องเรียนและเรื่องอื่นๆ ที่แพทย์ประจำบ้านต้องการปรึกษา

- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา (เอกสารแนบ 2.4)

2.1.7 วัดและประเมินผลการเรียน

- 1) กำหนดวันสอบ
- 2) กำหนดหัวข้อในการสอบ
- 3) แต่งตั้งคณะกรรมการออกข้อสอบ (เอกสารแนบ 2.4)
- 4) แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ (เอกสารแนบ 2.4)
- 5) ขออนุมัติดำเนินการสอบ
- 6) จัดทำหนังสือขอข้อสอบกับอาจารย์แต่ละสาขา (เอกสารแนบ 2.5)
- 7) รวบรวมและพิมพ์ข้อสอบ
- 8) ดำเนินการจัดสอบ จองห้องประชุม จัดห้องสอบ จัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับ

การสอบ

- 9) ตรวจข้อสอบพร้อมสรุปคะแนน

10) ดำเนินการเบิกค่าตอบแทนคณะกรรมการออกข้อสอบและเจ้าหน้าที่คุมสอบ (ต้องมีรายการค่าใช้จ่ายในโครงการที่ได้รับอนุมัติ)

2.1.8 รายงานผลการฝึกอบรม

1) รายงาน/แจ้งผลการเลื่อนชั้น ขึ้นชั้น ของแพทย์ประจำบ้านแต่ละปีการฝึกอบรมไปยังกรมการแพทย์ โดย เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 2.6 และ 2.7)

2) รายงานผลการฝึกอบรมแต่ละปีการฝึกอบรมบนระบบฐานข้อมูลออนไลน์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ ที่เว็บไซต์ <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/>



3) สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ ดึงรายงานจากระบบฐานข้อมูล และส่งให้สถาบันฝึกอบรมตรวจสอบข้อมูลการฝึกอบรม ตามแบบฟอร์มรายงานผลจากกรมการแพทย์ (ต้นปี กลางปี และปลายปี)

2.1.9 ส่งรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวุฒิบัตร

- 1) สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวุฒิบัตรฯ (เอกสารแนบ 2.8) ไปยังกรมการแพทย์ โดย เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)
- 2) กรมการแพทย์ จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวุฒิบัตร ไปยังราชวิทยาลัยที่กำกับดูแลการฝึกอบรมสาขานั้นๆ

2.1.10 ตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรม ตามกำหนดของราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ทุก 5 ปี

- 1) สถาบันฝึกอบรมกับราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมประสานงานเกี่ยวกับวันที่จะมาตรวจประเมิน
- 2) จัดทำกำหนดการตรวจประเมิน
- 3) เตรียมสถานที่
- 4) เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถาบันฝึกอบรมทั้งหมดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐานเวชบัณฑิตศึกษา (PGCME) ของสหพันธ์แพทยศาสตรศึกษาโลก (WFME) โดยสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
 - ประกาศแพทยสภา ที่ 79/2565 เรื่อง กรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 13 กันยายน 2565 หรือประกาศแพทยสภาที่อัปเดตเพิ่มเติม
 - สามารถดาวน์โหลดเอกสารคำแนะนำการปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ตามเกณฑ์ WFME ได้ที่เว็บไซต์ <https://tmc.or.th/tcgme/Pages/WFME>

3.2 ด้านการเรียนการสอน

3.2.1 กิจกรรมระหว่างปีการฝึกอบรม

- 1) เขียนโครงการทั้งปีการฝึกอบรม ส่งกรมการแพทย์พิจารณาอนุมัติ (ตามแนวทางด้านการเขียนโครงการเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง และขั้นตอนการขออนุมัติโครงการได้ที่บทที่ 7)
- 2) จัดทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการในแต่ละกิจกรรมต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน
- 3) ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับการอนุมัติ
- 4) ประเมินผลกิจกรรม
- 5) รายงานผลการดำเนินกิจกรรมและสรุปค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมส่งกรมการแพทย์ตามแบบฟอร์มรายงานการใช้งบประมาณรายจ่ายประจำปีที่กำหนด

3.2.2 ตารางกิจกรรมวิชาการ

- 1) จัดตาราง journal topic MM ward round conference ตารางการสอนข้างเตียง inter hospital กับราชวิทยาลัย inter department ฯลฯ
- 2) การปฏิบัติงานใน OPD OR treatment
- 3) แพทย์ประจำบ้านนำเสนอ interesting case journal club/ topic review หรือ self - study/ book club สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 4) การอบรมพื้นฐานทางการวิจัย
- 5) ประชุมวิชาการประจำปี

6) ส่งแพทย์ประจำบ้านเรียนตามข้อกำหนด เช่น ATLS, ACLS, PALS ฯลฯ ทั้งนี้ สำหรับหลักสูตร ATLS ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายการเรียนการสอนจากส่วนกลาง สถาบันฝึกอบรมดำเนินการขอรับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ ในอัตราที่กำหนด (ไม่ต้องจัดทำโครงการ) โดยให้สถาบันฝึกอบรมที่มีอบรม ATLS ทำหนังสือแจ้งรายชื่อแพทย์ ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร ATLS ไปยังสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี พร้อมแนบเอกสารหลักฐานหนังสือเรียกเก็บค่าลงทะเบียนจากราชวิทยาลัย เพื่อดำเนินการขออนุมัติกรมการแพทย์ตัดโอนเงินสนับสนุนไปยังสถาบันฝึกอบรม และสาขาส่งใบเสร็จตัวจริงแนบ เบิกจ่ายที่สถาบันฝึกอบรม (เอกสารแนบ 2.9 – 2.14)

3.2.3 สอน basic & clinical science

- 1) จัดทำโครงการและขออนุมัติดำเนินการไปยังกรมการแพทย์
- 2) กำหนดหัวข้อในการสอน
- 3) หนังสือเชิญวิทยากร
- 4) หนังสือตอบรับการเป็นวิทยากร
- 5) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ผู้สอน
- 6) หนังสือขออนุมัติดำเนินการสอน
- 7) เบิกค่าใช้จ่าย ตามอัตราที่กำหนดในระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียน

การสอนแพทย์เฉพาะทาง

3.2.4 แพทย์ประจำบ้านอบรมระยะสั้นภายนอกโรงพยาบาล

- 1) สาขาจัดทำหนังสือขออนุมัติไปอบรมระยะสั้นและเบิกค่าใช้จ่ายต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน
- 2) สาขาจัดทำหนังสือเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมระยะสั้นหลังจากการอบรมเสร็จ

3.2.5 แพทย์ประจำบ้านดูงานต่างสถาบัน

- 1) ติดต่อประสานงานไปยังสถาบันที่ต้องการไป elective
- 2) จัดทำหนังสือส่งแพทย์ไป elective และใบประเมิน (ถ้ามี) ไปยังสถาบันที่ไป elective
- 3) รวบรวมคะแนนจากใบประเมิน
- 4) เก็บข้อมูลไว้ในฐานข้อมูลของสาขา
- 5) แจ้งผลคะแนนการประเมินให้อาจารย์แพทย์และอาจารย์ที่ปรึกษาทราบ

หมายเหตุ จัดทำแบบประเมินผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลที่ไป elective

3.2.6 การนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศ

- 1) แพทย์ประจำบ้านไปนำเสนอผลงานวิจัยของตนเอง
- 2) ตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารทางการแพทย์

หมายเหตุ งบประมาณรายจ่ายประจำปี (เงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง) ยังไม่สามารถใช้เบิกจ่ายในกรณีที่เป็นนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศได้

3.2.7 เบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการเรียนการสอน อาทิ ค่าตอบแทนในการสอนให้กับแพทย์ผู้สอน สาขาจัดทำหนังสือขอเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ไปยังฝ่ายการเงินและบัญชีของสถาบันฝึกอบรมพร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- 1) คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ผู้สอน
- 2) ตารางการสอน
- 3) อนุมัติดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ในการเรียนการสอน (มีรายการค่าใช้จ่ายในโครงการที่ได้รับอนุมัติ)
- 4) รายชื่อผู้เข้าฟังการบรรยาย และอาจารย์ผู้สอน
- 5) ใบสำคัญรับเงิน

3.2.8 ส่งสอบวุฒิบัตร

1) ผู้มีสิทธิ์ในการสอบวุฒิบัตรยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานตามระเบียบของแพทยสภาและราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/ สมาคม กำหนด โดยมีเอกสารที่ใช้ในการสมัครสอบ ดังนี้

- ใบคำขอสมัครสอบฯ ซึ่งผู้มีสิทธิ์สอบเพื่อหนังสือวุฒิบัตร กรอกข้อมูลด้วยตนเองในแบบคำขอสมัครสอบที่เว็บไซต์ www.tmc.or.th/tcgme แล้วพิมพ์กระดาษส่งไปตามที่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม นั้นๆ กำหนด

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสำเนาบัตร MD CARD (ที่ยังไม่หมดอายุ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

- สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อ และนามสกุล (ถ้ามี)

- เอกสารอื่นๆ ตามที่คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ หรือราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ที่กำกับดูแลการฝึกอบรมและสอบสาขา/ อนุสาขานั้นๆ กำหนดเพิ่มเติม

- รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

หมายเหตุ: เอกสารหลักฐานให้เป็นไปตามระเบียบของแพทยสภาที่มีการเปลี่ยนแปลง

2) สาขาจัดทำหนังสือส่งรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวุฒิบัตรผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน และส่งไปยังกรมการแพทย์ โดย เรือนอธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 2.8)

3) กรมการแพทย์จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้สอบวุฒิบัตร ไปยังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ที่กำกับดูแลการฝึกอบรมสาขานั้นๆ

3.2.9 ประเมินผลการฝึกอบรม

1) ติดตามผลการสอบวุฒิบัตรของแพทย์ประจำบ้านที่ส่งสอบ

2) สถาบันฝึกอบรม/ สาขาประเมินผลการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี

3) สถาบันฝึกอบรม/ สาขาจัดให้มีการประเมินหลักสูตรและอาจารย์ผู้สอนเพื่อปรับปรุงพัฒนาหลักสูตร

4) สถาบันฝึกอบรม/ สาขาประเมินศิษย์เก่าจากผู้บังคับบัญชา/ นายจ้างโดยตรงของผู้สำเร็จการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

5) สถาบันฝึกอบรม/ สาขาประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมจากศิษย์เก่าแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ ภายหลังจบการฝึกอบรม

6) สรุปผลการประเมินเพื่อนำผลประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ มาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรมการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2.10 การปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน (เฉพาะสาขา)

- 1) กำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการจัดงานปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน
- 2) แจ้งแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี เข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด
- 3) มอบใบประกาศนียบัตรให้แก่แพทย์ประจำบ้านที่จบการฝึกอบรม
- 4) รวบรวมเอกสารการเงินเบิกค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง (มีรายการค่าใช้จ่ายในโครงการที่ได้รับอนุมัติ)

ตัวอย่างหนังสือที่เกี่ยวข้อง



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.1

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอส่งรายชื่อคณะ ประจำปีการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน ได้ดำเนินการพิจารณาและทบทวนรายชื่อคณะ
..... ประจำปีการฝึกอบรม เรียบร้อยแล้ว นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน จึงขอส่งรายชื่อคณะ
ประจำปีการฝึกอบรม ที่แก้ไขและเปลี่ยนแปลงรายชื่อเรียบร้อยแล้ว และจัดส่งไปยังไปรษณีย์
อิเล็กทรอนิกส์ เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน

เอกสารแนบท้าย

คณะ.....ประจำปีการฝึกอบรม.....

ลำดับ	คำ นำหน้า	ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งทางวิชาการ	ด้าน/ สาขา	ต้นสังกัด/หน่วยงาน	ตำแหน่ง (คำสั่ง)
สาขา.....						
1	นาย	คำ ขาวสะอาด	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม	โรงพยาบาลราชวิถี	ที่ปรึกษา
2	นางสาว	กุหลาบ สายหยุด	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม	โรงพยาบาลราชวิถี	ประธานคณะ.....
3	นางสาว	สายใจ เรือนดี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม	โรงพยาบาลราชวิถี	รองประธานคณะ.....
4	นาง	ประภม ใจดี	นายแพทย์ชำนาญการ	ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
9	นางสาว	ประภา สอนเด่น	แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2		โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการ
11	นางสาว	เปรมปรี ปริดา	นายแพทย์ชำนาญการ	ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม	โรงพยาบาลราชวิถี	อนุกรรมการและเลขานุการ

ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ-นามสกุล.....นางสาวมีนา รักการเรียน.....หน่วยงาน.....โรงพยาบาลราชวิถี.....สาขา.....เบอร์มือถือ.....

(นาย.....)
หัวหน้ากลุ่มงาน.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.2

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติจัดประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ครั้งที่... (กรณีมีจัดหลายครั้ง)

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ตามที่ กลุ่มงาน.....ได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการ
..... โดยมีวัตถุประสงค์
..... นั้น

กลุ่มงาน..... จึงขออนุมัติจัดประชุมคณะกรรมการ
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ครั้งที่... (กรณีมีจัดหลายครั้ง) ในวันที่
ณ..... ทั้งนี้ เบิกค่าใช้จ่ายจาก..... และสามารถถัวเฉลี่ย
ค่าใช้จ่ายได้จากกิจกรรมที่ การประชุม.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบ ขอดำเนินการโดยด่วน จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.3

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ..... /..... วันที่.....

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ครั้งที่... (กรณีมีจัดหลายครั้ง)

เรียน

ด้วย กลุ่มงาน.....ได้กำหนดจัดประชุมคณะกรรมการ
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....
.....

กลุ่มงาน.....จึงขอเรียนเชิญ ท่าน เข้าร่วมประชุม
คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ครั้งที่... (กรณีมีจัดหลายครั้ง)
ในวันที่ ณ รายละเอียดตามวาระ
การประชุมที่แนบท้าย โดยขอให้ตอบรับเข้าร่วมการประชุมดังกล่าวภายในวันที่
ผู้ประสานงาน หมายเลขโทรศัพท์ ไปรษณีย์
อิเล็กทรอนิกส์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมฯ ตามวัน และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

วาระการประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ครั้งที่... (กรณีมีจัดหลายครั้ง)
ในวันที่ เวลา น. ณ

ระเบียบวาระที่ 1 ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ
โดย

ระเบียบวาระที่ 2 รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ครั้งที่... (กรณีมี
จัดหลายครั้ง)

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องเพื่อทราบ

ระเบียบวาระที่ 4 เรื่องพิจารณา

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ (ถ้ามี)

ทั้งนี้ ระยะเวลาการดำเนินการประชุมอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม



คำสั่งโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ที่/.....

เรื่อง แต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา สาขา..... ชั้นปีที่.....ประจำปีการฝึกอบรม.....

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามค่านิยมองค์กรและได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง โรงพยาบาล/ สถาบัน.....จึงเห็นสมควรแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาสำหรับแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา..... ชั้นปีที่.....ประจำปีการฝึกอบรม..... โดยให้มีหน้าที่ดูแลให้คำปรึกษาในด้านการเรียนการสอนและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และถือประโยชน์ต่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง กรมการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ดังรายชื่อ ดังนี้

1. นายแพทย์.....

2. นายแพทย์.....

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จงกว่าแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดจะเลื่อนผ่านชั้นปี/ สำเร็จการฝึกอบรม

สั่ง ณ วันที่.....

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ

- แต่งตั้งคณะกรรมการออกข้อสอบ และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ สามารถใช้ตัวอย่างจากแบบฟอร์มนี้ได้
- สามารถใช้แบบฟอร์มนี้ในการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบได้



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.5

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สร / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติโครงการส่งข้อสอบ.....

เรียน

ด้วย กลุ่มงาน.....ได้กำหนดสอบ.....
ของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา.....ชั้นปี.....ในวันที่
.....ณ.....

กลุ่มงาน.....จึงขออนุมัติโครงการ ท่าน ส่งข้อสอบ
.....ของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา.....ชั้นปี.....
โดยขอให้ออกข้อสอบ.....ในลักษณะ.....พร้อมเฉลย จำนวน..... ข้อ และ reference (ถ้ามี)
โดยขอให้ส่งข้อสอบภายในวันที่.....ผู้ประสานงาน หมายเลข
โทรศัพท์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.6

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอส่งผลการเลื่อนชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา..... เพื่อผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ และให้มีการประเมินผลการเลื่อนชั้นปีแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ทุกชั้นปี เพื่อให้ครอบคลุมตามมติความรู้ความชำนาญตามเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขาดังกล่าว

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้ดำเนินการประเมินผลการเลื่อนชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งผลการเลื่อนชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขา..... ตามรายชื่อที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ เอกสารแนบ – รายชื่อแนบพร้อมประธานสาขาลงนามกำกับ

รายชื่อแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่เลื่อนผ่านชั้นปี
สาขา.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ต้นสังกัด	ชั้นปี	เลข ว.

(นาย.....)
ประธานสาขา.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.7

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านไม่ได้เลื่อนชั้นปีและซ้ำชั้น

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วยนาย/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ชั้นปีที่ ประจำปีการฝึกอบรม สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด
..... เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดตั้งแต่วันที่
ถึง..... หลักสูตร..... ปี

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... โดยคณะกรรมการ.....มีมติให้
นาย/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดชั้นปีที่ ประจำปี
การฝึกอบรม ไม่ได้เลื่อนชั้นการฝึกอบรมในปีที่..... เนื่องจาก.....

โดยให้ซ้ำชั้นอีกครั้งในชั้นที่.....ปีการฝึกอบรม.....รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ เอกสารแนบ

1. ไม่ได้เลื่อนชั้นปีและซ้ำชั้นเนื่องจากเหตุผลทางสุขภาพ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐด้วย
2. รายงานการประชุมที่ระบุชัดเจนว่ามีมติไม่ให้เลื่อนชั้นปีและซ้ำชั้น
3. หนังสือรับทราบไม่ได้เลื่อนชั้นปีและซ้ำชั้นของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่..... วันที่.....xxxxxxxxxxxx

เรื่อง รับประทานไม่ได้เลื่อนชั้นปีและซ้ำชั้นของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด.....

เรียน ประธานสาขา.....

ด้วยข้าพเจ้า นาย/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้าน
ต่อยอดชั้นปีที่ ประจำปีการฝึกอบรม สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....
ต้นสังกัด..... เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดตั้งแต่
วันที่ ถึง..... หลักสูตร..... ปี

ข้าพเจ้ารับประทานไม่ได้เลื่อนชั้นปีและซ้ำชั้นของแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
แล้ว โดยจะซ้ำชั้นอีกครั้งในชั้นที่.....ปีการฝึกอบรม.....ตามมติที่ประชุม.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(ชื่อแพทย์ประจำบ้าน.....)

หมายเหตุ แพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ดำเนินการ



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.8

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ผู้มีสิทธิ์สอบเพื่อวุฒิบัตร/ อนุมัติบัตรฯ สาขา.....ประจำปี.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้าน
ต่อยอด สาขา.....เพื่อผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ให้มีความรู้ความชำนาญตามเกณฑ์
หลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขาดังกล่าว

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ผู้มีสิทธิ์สอบเพื่อวุฒิบัตร/ อนุมัติบัตรฯ
สาขา.....ประจำปี..... จำนวน.....คน ตามรายชื่อที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ เอกสารแนบ – รายชื่อแนบพร้อมประธานสาขาลงนามกำกับ

รายชื่อแพทย์ผู้มีสิทธิ์สอบเพื่อวุฒิบัตรฯ สาขา..... ประจำปี.....
 - ระยะเวลาการฝึกอบรม วันที่ ถึง วันที่

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ต้นสังกัด	เลข ว.	หมายเลขบัตรประชาชน

(นาย.....)
 ประธานสาขา.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่... ประจำปีการฝึกอบรม.....ที่เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS)

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ราชวิทยาลัย..... ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (Advanced Trauma Life Support For Doctors: ATLS) เพื่อเพิ่มพูน
ประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บให้ได้รับมาตรฐานสากล นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่... ประจำปี
การฝึกอบรม..... จำนวน.....คน ที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนค่า
ATLS คนละ 15,000.- บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ ๒ ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144

Website : <http://www.surgeons.or.th> E-Mail : rcst@surgeons.or.th

ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษา
.....
อธิการบดีราชวิทยาลัยฯ (.....)

คณะกรรมการบริหาร วาระ

ประธานราชวิทยาลัยฯ

ผู้รับตำแหน่งประธาน

รองประธาน

เลขธิการ

รองเลขธิการ

เหรัญญิก

กรรมการกลาง

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ทั่วไป

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์เฉพาะ

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรม

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมกระดูก

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมประสาท

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมหัวใจ

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมอวัยวะ

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ศัลยกรรมมะเร็งวิทยา

ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ

ผู้อำนวยการ

รองผู้อำนวยการ

ที่

วันที่

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเพื่อรับการฝึกอบรม

เรียน ผู้อำนวยการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ATLS for Doctors

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาล จัด
อบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (Advanced Trauma Life
Support for Doctors) วันที่ ณ
สำหรับหลักสูตรดังกล่าวนี้มีจุดประสงค์
สำคัญ เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพของแพทย์ในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ ให้ได้ระดับ
มาตรฐานสากล

ในการนี้ ราชวิทยาลัยฯ ขอเชิญแพทย์ เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ
ค่าลงทะเบียน ท่านละ บาท (.....) (สำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขา
..... ราชวิทยาลัยฯ สนับสนุนคนละ บาท เหลือค่าลงทะเบียน บาท
(.....) โดยโอนเงินเข้าบัญชีชื่อ เลขที่บัญชี
ธนาคาร สาขา และกรุณาส่งสำเนาการโอนเงินมาที่ โทรสาร
ภายในวันที่ ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าลงทะเบียน
ค่าที่พัก สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ทุกรายการ มีรายนามดังนี้

1. ชื่อ-สกุล..... สาขา.....
2. ชื่อ-สกุล..... สาขา.....
3. ชื่อ-สกุล..... สาขา.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธานคณะกรรมการ RCST/ATLS Subcommittee

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย



American College of Surgeons
ATLS® Student Course Schedule
 Rajavithi Hospital
 14 - 16 October, 2015
DAY 1

TIME	Duration (Mins)	SCHEDULE	FACULTY
0700-0730	30	REGISTRATION: ➤ Hand in Completed Pre-test Answer Sheets	
0730-0745	15	WELCOME	Course Director
07:45-08:05	20	INTRODUCTION TO ATLS® AND COURSE OVERVIEW	Course Director
08:05-08:20	15	INITIAL ASSESSMENT AND MANAGEMENT DEMONSTRATION	Instructor Role- Faculty Student Role - Faculty Nurse Assistant – Coordinator Patient Model– Faculty
08:20-09:10	50	INITIAL ASSESSMENT AND MANAGEMENT	Course Director
09:10-09:25	15	INITIAL ASSESSMENT AND MANAGEMENT DEMONSTRATION	Same Faculty as above Nurse Assistant- Coordinator
09:25-09:40	15	BREAK	
09:40-10:10	30	AIRWAY AND VENTILATORY MANAGEMENT	Faculty
10:10-10:50	40	SHOCK	Faculty
10:50-11:25	35	THORACIC TRAUMA	Faculty
11:25-12:00	35	ABDOMINAL AND PELVIC TRAUMA	Faculty
12:00-12:45	45	LUNCH	
12:45-14:25	50 mins each	Practical Skill Stations x 2 (50 mins each) ➤ Airway & Ventilatory Management ➤ Shock Assessment & Management ➤ X-Ray Identification: Thoracic ➤ Initial Assessment Practice	Faculty Faculty Faculty Faculty
14:25-14:55	20	INJURY TO BURN AND COLD	Faculty
14:55-15:15	20	BREAK	
15:15-16:55	50 mins each	Practical Skill Stations x 2 (50 mins each) ➤ Airway & Ventilatory Management ➤ Shock Assessment & Management ➤ X-Ray Identification: Thoracic ➤ Initial Assessment Practice	Faculty Faculty Faculty Faculty
16:55-17:15	20	Pre Test Group Discussion	Course Director
17:15-17:30	15	Day's Summary and Close	Course Director



American College of Surgeons
ATLS® Student Course Schedule
 Thailand
DAY 2

TIME	Duration (Mins)	ALLOCATION	FACULTY
07:30-08:00	30	Head Trauma Management	Faculty
08:00-08:30	30	Spine and Spinal Cord Assessment	Faculty
08:30-09:00	30	Musculo-Skeletal Trauma	Faculty
09:00-09:30	30	Secondary Survey Demonstration	Faculty Patient Model Faculty
09:30-09:45	15	Surgical Skills Practicum Discussion	Course Director
09:45-10:00	15	Break and Move to Surgical Skill Station	
10:00-11:45	105	Surgical Skills Practicum ➤ Chest Decompression ➤ Diagnostic Peritoneal Lavage ➤ Pericardiocentesis ➤ Cricoidthyroidotomy	1. Faculty 2. Faculty 3. Faculty 4. Faculty
11:45-12:30	45	Move Back to Lecture and Lunch	
12:30-12:55	25	Pediatric Trauma	Faculty
12:55-13:20	25	Trauma in the Elderly	Faculty
13:20-13:45	25	Trauma in Women	Faculty
13:45-15:05	40 mins each	Practical Skill Stations x 2 (40 mins each) ➤ Head Trauma Management ➤ X-Ray Identification: Spine ➤ Spinal Cord Injury & Assessment ➤ Musculo-Skeletal Trauma Assessment	Faculty Faculty Faculty Faculty
15:05-15:20		BREAK	
15:20-15:45	25	Appendix (Disaster Management or Austere)	Faculty
15:45-17:05	40 mins each	Practical Skill Stations x 2 (40 mins each) ➤ Head Trauma Management ➤ X-Ray Identification: Spine ➤ Spinal Cord Injury & Assessment ➤ Musculo-Skeletal Trauma Assessment	Faculty Faculty Faculty Faculty
17:05-17:35	20	Initial Assessment Discussion	Course Director
17:35-17:45	10	Day's Summary and Close	Course Director



American College of Surgeons
ATLS® Student Course Schedule
 Thailand
DAY 3

TIME	Duration (Mins)	ASSIGNMENT	ASSIGNMENT
07:30-08:45	75	Moulage Patient Models	Coordinator Team
08:00-08:45	45	Stabilisation and Transport	Instructor
08:45- 09:00	15	Allocate to Assignments	Coordinators
09:00-10:30	90	Groups A and B Initial Assessment Scenario Testing ☐ Patient 1 Instructor ☐ Patient 2 Instructor ☐ Patient 3 Instructor ☐ Patient 4 Instructor	Groups C and D Written MCQ Test (60 mins) Instructor Triage Scenario Discussion (30 mins) Instructor
10:30-10:45	15	BREAK	
10:45-11:00	15	Allocate to Assignments	Coordinators
11:00-12:30	90	Groups C and D Initial Assessment Scenario Testing ☐ Patient 1 Instructor ☐ Patient 2 Instructor ☐ Patient 3 Instructor ☐ Patient 4 Instructor	Groups A and B Written MCQ Test (60 mins) Instructor Triage Scenario Discussion (30 mins) Instructor
12:30-13:00	30	LUNCH	
13:00-13:30	30	- All Participants to Complete Course Evaluation Form - Faculty Meeting	All Faculty
13:30-14:00	30	Closing Remarks Adjourn	Course Director



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ โทร. 0 2590 6055

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติโอนเงินสนับสนุนแพทย์ประจำบ้าน เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) ประจำปีการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์

ตามหนังสือกรมการแพทย์ที่ ลงวันที่ กรมการแพทย์อนุมัติจัดสรรงบประมาณสนับสนุนค่าลงทะเบียนอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) ให้กับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ประจำปีการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บให้ได้ระดับมาตรฐานสากล นั้น

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ ขอแจ้งจำนวนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ประจำปีการฝึกอบรม 2568 ของโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ที่เข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) จำนวน..... ราย และขออนุมัติโอนเงินสนับสนุนค่าลงทะเบียนในการอบรมดังกล่าวข้างต้น รายละ 15,000.- บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) รวมเป็นจำนวนเงิน (.....) จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ..... (งบเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง) รายละเอียดตามเอกสารที่แนบพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์

หมายเหตุ ขันตอนนี้ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ เป็นผู้ดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านกรรมการแพทย์ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์
(ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) ประจำปีการฝึกอบรม.....

สาขา/หน่วยงาน	จำนวน	ค่าลงทะเบียน	รวม
โรงพยาบาล.....			
๑. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๒. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๓. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๔. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๕. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๖. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
สถาบัน.....			
๑. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๒. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๓. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๔. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
รวมทั้งสิ้น หน่วยงาน	จำนวนทั้งสิ้น..... ราย		- บาท



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ โทร. 0 2590 6055

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ตัดโอนเงินสนับสนุนแพทย์ประจำบ้าน เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพ
ขั้นสูง สำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) ประจำปีการฝึกอบรม.....
เรียน ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง (กลุ่มงานงบประมาณ)

ตามหนังสือที่ สธ ลงวันที่ กรมการแพทย์อนุมัติโอนเงินสนับสนุน
การอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for
Doctors) ของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ประจำปีการฝึกอบรม ของโรงพยาบาล/ สถาบัน.....
จำนวน ราย นั้น

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ ขอบความอนุเคราะห์ดำเนินการตัดโอนเงิน
สนับสนุนการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support
for Doctors) แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ประจำปีการฝึกอบรม จำนวน ราย รายละเอียด 15,000.- บาท
(หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) รวมเป็นจำนวนเงิน บาท (.....) ให้กับโรงพยาบาล/ สถาบัน
..... จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. (งบเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอน
แพทย์เฉพาะทาง) รายละเอียดตามเอกสารที่แนบพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์

หมายเหตุ ขันตอนนี้ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ เป็นผู้ดำเนินการ



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 2.12

ส่วนราชการ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ โทร. 0 2590 6055

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอแจ้งการตัดโอนเงินสนับสนุนการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง (กลุ่มงานงบประมาณ)

ตามที่โรงพยาบาล/สถาบัน..... แจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ปีการฝึกอบรม 2568 ที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) ในสาขา..... จำนวน ราย นั้น

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ ขอแจ้งการโอนเงินงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. (งบเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง) ในระบบ New GFMS Thai ให้กับโรงพยาบาล/สถาบัน..... เป็นเงินจำนวน บาท (.....) รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์

หมายเหตุ ขั้นตอนนี้ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ เป็นผู้ดำเนินการ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติยืมเงินค่าลงทะเบียน ATLS for Doctors

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ตามที่ แพทย์ประจำบ้าน สาขาออร์โธปิดิกส์ ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับแพทย์ (Advanced Trauma Life Support for Doctors) ในวันที่
..... ณ

ในการนี้ ทางศูนย์การแพทย์ฯ จึงขออนุมัติยืมเงินค่าลงทะเบียนการอบรมดังกล่าว
สำหรับแพทย์ประจำบ้าน ๓ คน คือ ชื่อ-สกุล.....
ดังนี้ พร้อมนี้ได้แนบสัญญายืม ๑ ชุด

ค่าลงทะเบียน คนละ ๒๐,๐๐๐ บาท x ๓ คน = ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

ประธานสาขา.....

หมายเหตุ ขั้นตอนนี้สถาบันฝึกอบรมเป็นผู้ดำเนินการ (ในกรณีมีการยืมเงินชำระค่าลงทะเบียน)

สัญญาการยืมเงิน		เลขที่..... วันครบกำหนด.....
ยืมต่อ.....(๑)		
ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด..... จังหวัด.....มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก..... (๒) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS) (๓) ดังรายละเอียดต่อไปนี้		
จำนวนเงินตัวอักษร.....(.....).....		รวม บาท
ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจำนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งให้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง คือ ภายใน.....วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินนี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที ลายมือชื่อ.....ผู้ยืมเงิน วันที่.....		
เสนอ..... (๔) ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน.....บาท.....(.....) ลงชื่อ.....วันที่..... ตำแหน่ง..... อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน.....บาท.....(.....) ลงชื่อผู้อนุมัติ.....วันที่.....		
ใบรับเงิน ได้รับเงินยืมจำนวน.....บาท.....(.....) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน วันที่.....		

ชื่อหน่วยงาน.....

ลงทะเบียน ATLS ระหว่างวันที่..... หน่วยงานที่เปิดฝึกอบรม.....

1. ชื่อ-สกุล.....

2. ชื่อ-สกุล.....

3. ชื่อ-สกุล.....

ธนาคารกรุงไทย KRUNGTHAI BANK		ใบรับฝากเงินและใบเสร็จรับเงิน DEPOSIT SLIP & RECEIPT SLIP			
สาขา Branch	ประเภทบัญชี Account Type	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID No.		รายการฝาก Deposit by	
วันที่ Date	☐ ออมทรัพย์ Savings A/C	☐ ฝากประจำ Fixed Deposit	☐ อื่นๆ Others	☐ เงินสด Cash	☐ รายการโอน TR
	☐ กรุงไทยวิบูล SPA	☐ กระแสรายวัน Current A/C		☐ เช็คธนาคาร CB	☐ เช็คค่านายการ CL
				☐ เช็คเงินฝาก BC	
ชื่อบัญชี Account Name		เพื่อสาขา For Branch		เลขที่บัญชี Account Number	
RCST / ATLS					
เงินสด Cash	จำนวนเงินเป็นคำอักษร Amount in Word	จำนวนเงินเป็นตัวเลข Amount in Number			
รายการเช็ค Cheques	หมายเลขเช็ค Cheque No.	ชื่อธนาคาร/สาขา Bank Branch	จำนวนเงิน Amount	ลายมือชื่อผู้ฝากเงิน/รับเงิน For Customer	
ยอดเงินเป็นคำอักษร Total Amount in Word		รวมยอดเงินเป็นตัวเลข Total Amount in Number		รหัสนิติ RKG.004733	
2,271,057.60000					



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าลงทะเบียน ATLS for Doctors

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ตามที่ แพทย์ประจำบ้าน สาขาทันตราภิบาล ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับแพทย์ (Advanced Trauma Life Support for Doctors) ในวันที่
..... ณ

ในการนี้ ทางศูนย์การแพทย์ฯ จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าลงทะเบียนการอบรมดังกล่าว
สำหรับแพทย์ประจำบ้าน ๓ คน คือ ชื่อ-สกุล.....
ดังนี้ พร้อมนี้ได้แนบสัญญาใบเสร็จ จำนวน ๓ ฉบับ

ค่าลงทะเบียน คนละ ๒๐,๐๐๐ บาท x ๓ คน = ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติเบิกค่าลงทะเบียนดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

ประธานสาขา.....

หมายเหตุ ขั้นตอนสถาบันฝึกอบรมเป็นผู้ดำเนินการ พร้อมแนบใบเสร็จฉบับจริง



Royal College of Surgeons of Thailand

Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok 10310 Thailand
Tel. (662) 716-6141-3 FAX : (662) 716-6144
Website : <http://www.surgeons.or.th> E-Mail : rcst@surgeons.or.th

-- ใบเสร็จรับเงิน Receipt --

เลขที่

วันที่

ได้รับเงินจาก ชื่อ-สกุล.....

โรงพยาบาล

ชำระเงิน ค่าลงทะเบียน ATLS Course

จำนวนเงิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)



ผู้รับเงิน

เหรียญกษาปณ์



Royal College of Surgeons of Thailand

Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok 10310 Thailand
Tel. (662) 716-6141-3 FAX : (662) 716-6144
Website : <http://www.surgeons.or.th> E-Mail : rcst@surgeons.or.th

-- ใบเสร็จรับเงิน Receipt --

เลขที่

วันที่

ได้รับเงินจาก ชื่อ-สกุล.....

โรงพยาบาล

ชำระเงิน ค่าลงทะเบียน ATLS Course

จำนวนเงิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)



ผู้รับเงิน

เหรียญกษาปณ์



Royal College of Surgeons of Thailand

Royal Golden Jubilee Building, 2 Sol Soonvijjal, New Petchburi Road, Bangkok 10310 Thailand

Tel. (662) 716-6141-3 FAX : (662) 716-6144

Website : <http://www.surgeons.or.th>

E-Mail : rcst@surgeons.or.th

เลขที่ _____

วันที่ _____

-- ใบเสร็จรับเงิน Receipt --

ได้รับเงินจาก ชื่อ-สกุล.....

โรงพยาบาล

ชำระเงิน ค่าลงทะเบียน ATLS Course

จำนวนเงิน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)

ผู้รับเงิน

เหรียญก



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

บทที่ 3

การควบคุมกำกับ

3. การควบคุมกำกับ

3.1 เมื่อแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงาน แพทย์ประจำบ้านผู้นั้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบันฝึกอบรมภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านแต่ละสาขา/ คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ หรือหัวหน้ากลุ่มงาน โดยควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านให้เป็นไปตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ (ระเบียบกรรมการแพทย์ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรรมการแพทย์ พ.ศ. 2564 ภาคผนวก 3) ดังนี้

3.1.1 เมื่อแพทย์ประจำบ้านได้รับการจัดให้ฝึกอบรมและปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลหรือ สถาบันหรือกลุ่มงานใด แพทย์ประจำบ้านผู้นั้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของนายแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสถาบันนั้น ภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการฝึกอบรมในสาขานั้นๆ/ หรือหัวหน้ากลุ่มงานและแพทย์ประจำกลุ่มงานนั้นๆ

3.1.2 แพทย์ประจำบ้านที่เข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สถาบัน หรือกลุ่มงานใด ต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของโรงพยาบาลหรือสถาบันและกลุ่มงานนั้นๆ

3.1.3 แพทย์ประจำบ้านต้องเข้ารับการประเมินผลการฝึกอบรมตามที่แผนกวิชาดำเนินการประเมิน

3.1.4 แพทย์ประจำบ้านต้องมีความประพฤติอันเหมาะสม ไม่กระทำการใดๆ อันจะเป็นที่เสื่อมเสียแก่ชื่อเสียงของวงการแพทย์ เกียรติคุณของโรงพยาบาลหรือสถาบันและกลุ่มงานที่ให้การฝึกอบรมและปฏิบัติงาน

3.1.5 แพทย์ประจำบ้านต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติงานต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายให้เรียบร้อยตามหลักวิชา มีศีลธรรมและมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

3.1.6 แพทย์ประจำบ้านผู้ได้รับการจัดเป็นแพทย์เวร ต้องอยู่ในบริเวณโรงพยาบาลพอที่จะติดตามเรียกตัวได้ทันทั่วทั้งคืนและมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

3.1.7 ระหว่างการฝึกอบรมของแต่ละสาขา หากปรากฏว่า แพทย์ประจำบ้านมีความประพฤติเสื่อมเสียหรือขาดความรับผิดชอบหรือไม่สนใจในการฝึกอบรม ปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหลักเกณฑ์ของแต่ละสาขา คณะอนุกรรมการฝึกอบรมในสาขานั้นๆ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์พิจารณาให้ออกจากการฝึกอบรมหรือสั่งให้ฝึกปฏิบัติงานเพิ่มเติมได้โดยให้อธิบดีกรรมการแพทย์เป็นผู้อนุมัติ

3.1.8 ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านจะต้องฝึกอบรมและปฏิบัติงานแต่ละกลุ่มงาน/ สาขาวิชา ในสาขาหลัก/ สาขาย่อย ให้คณะกรรมการฝึกอบรมแต่ละสาขาพิจารณาให้คะแนนการอบรมและฝึกปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน และถือเป็นคะแนนพิจารณาตัดสินเลื่อนขั้นปีของแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี

3.1.9 แพทย์ประจำบ้านต้องเข้าร่วมอภิปราย บรรยาย ประชุมทางวิชาการที่เกี่ยวข้องของงานฝ่ายหรือของโรงพยาบาล/ สถาบันทุกครั้งที่มีการกำหนดให้เข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

- 1) interesting case conference ไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ เดือน
- 2) journal club ไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ เดือน
- 3) lecture/ topic review ไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์
- 4) ward round/ grand round
- 5) อื่น ๆ

3.1.10 แพทย์ประจำบ้านจะต้องสวมเครื่องแบบในเวลาฝึกอบรมและปฏิบัติงานเสมอ

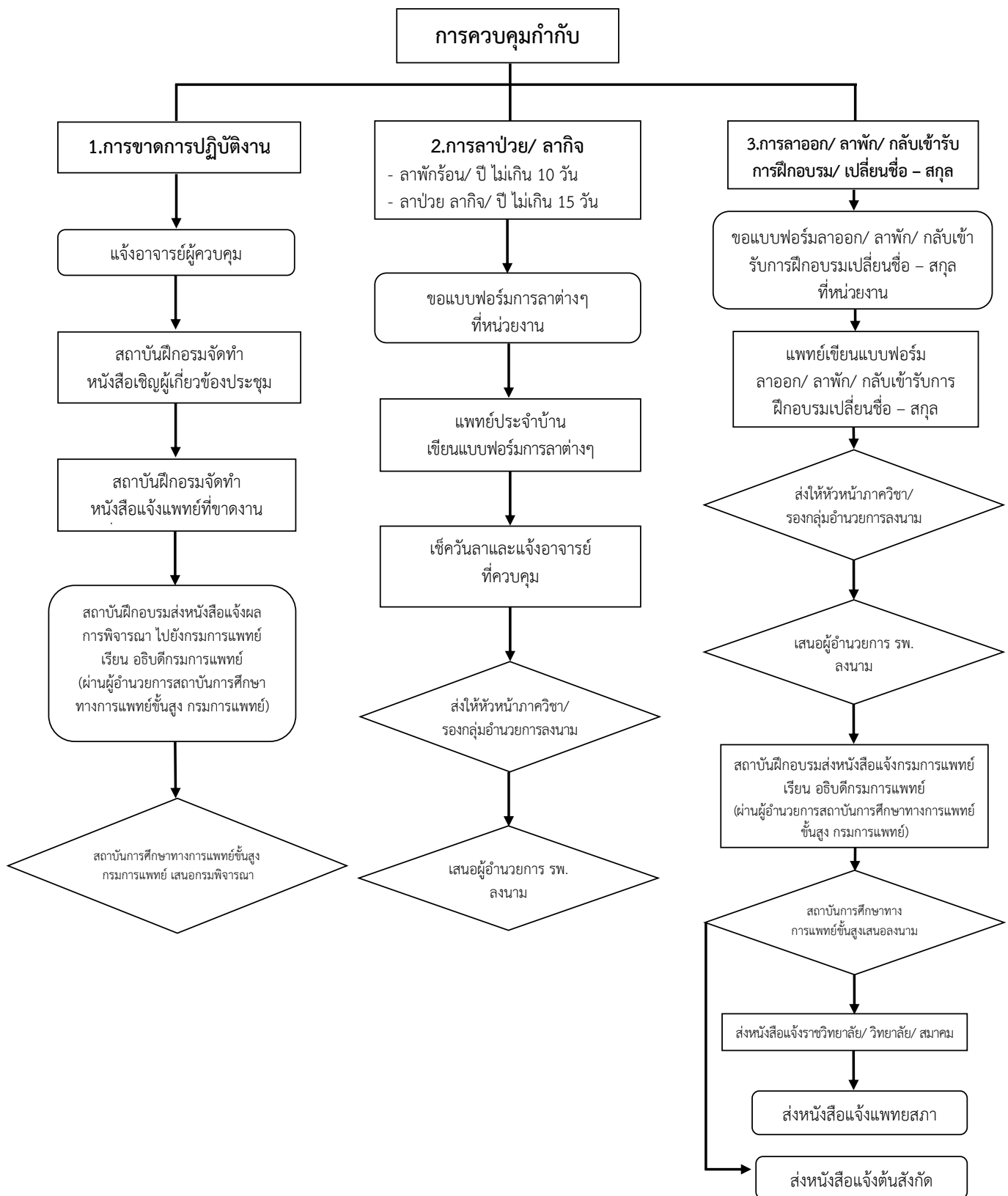
3.1.11 แพทย์ประจำบ้านจะต้องรายงานแพทย์อาวุโสที่ปรึกษาทุกครั้ง ถ้ามีเหตุการณ์ที่สำคัญเกิดขึ้นหรือมีผู้ป่วยใหม่ทุกราย

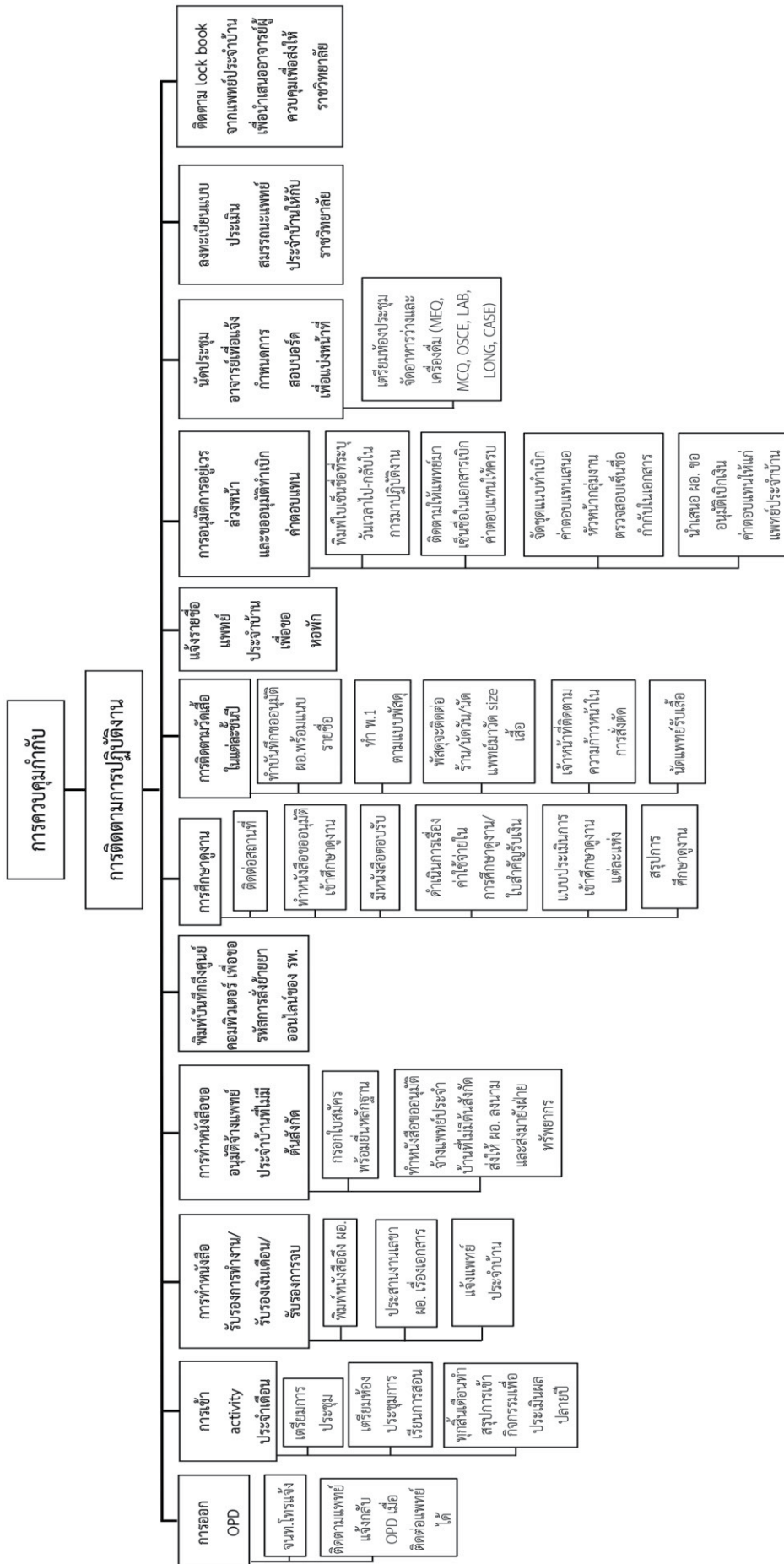
3.1.12 แพทย์ประจำบ้านผู้ใดประพฤติไม่เหมาะสม ขาดความรับผิดชอบ ทั้งในและนอกเวลา ราชการไม่ปฏิบัติตามกฎและระเบียบ ทำให้เกิดความเสียหาย หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์อาวุโส มีสิทธิ์ พิจารณาลงโทษแล้วแต่ความผิดมากน้อย ซึ่งระดับโทษที่พิจารณา คือ

- 1) ว่ากล่าวตักเตือนด้วยลายลักษณ์อักษร
- 2) เขียนรายงาน
- 3) ไม่ให้เลื่อนขั้นของการฝึกอบรม
- 4) ไม่ส่งชื่อให้ประเมินเพื่อวุฒิบัตรฯ
- 5) ให้ออกจากการฝึกอบรม

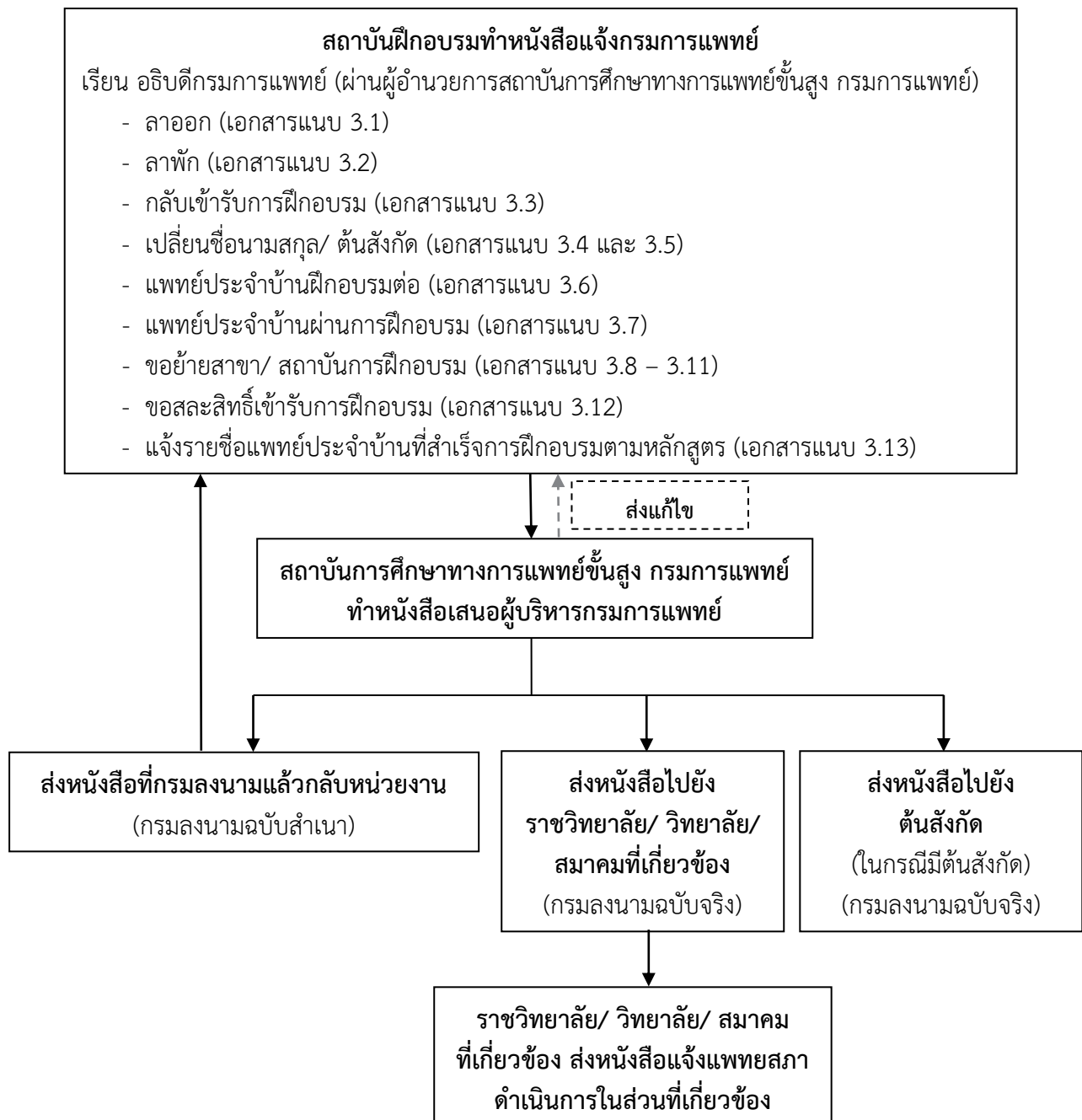
ทั้งนี้ ระดับโทษ 3 ถึง 5 คณะอนุกรรมการฝึกอบรมสาขานั้นๆ จะเสนอคณะกรรมการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ เพื่ออนุมัติและดำเนินการตามระดับโทษต่อไป

3.2 ควบคุมกำกับ การลาป่วย/ ลากิจ ของแพทย์ประจำบ้านให้เป็นไปตามข้อกำหนดและระเบียบ โดยมี รายละเอียดตาม flow chart การควบคุมกำกับดังนี้





3.3 การทำหนังสือลาออก หนังสือลาพัก หนังสือเปลี่ยนชื่อ - สกุลของแพทย์ประจำบ้าน และหนังสืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้



ตัวอย่างหนังสือที่เกี่ยวข้อง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร. x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอลาออกจากการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด.....
มีความประสงค์ขอลาออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เนื่องจาก.....
จึงขอลาออกจากการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง
เห็นควรให้นาย/ นางสาว/ นาง.....ลาออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขา
ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่..... รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- แบบฟอร์มการลาออกจากการฝึกอบรมและรับทราบการถูกตัดสิทธิ์
- รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ที่มีมติให้ลาออก
- ใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ (กรณีมีการเจ็บป่วย)

(ตัวอย่าง) แบบฟอร์มการขอลาออกจากการฝึกอบรมและรับทราบการถูกตัดสิทธิ์
แบบใบลาออกจากการศึกษาหรือฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

เรียน ประธานคณะกรรมการ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

ต้นสังกัด.....ปัจจุบันฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้าน

ต่อยอด สาขา..... ชั้นปีที่..... ณ กลุ่มงาน.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... กรมการแพทย์ เริ่มเข้ารับการฝึกอบรม ตั้งแต่วันที่

..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลาออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาดังกล่าว เนื่องจาก.....

.....

ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของ
กรมการแพทย์ พ.ศ. 2564 ข้อที่ 13, 14 การลาออกจากการฝึกอบรม และรับทราบการถูกตัดสิทธิ์ในการ
สมัครฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดในปีถัดไปแล้ว (ในกรณีข้าพเจ้ามีสังกัด ยินดีที่จะ
กลับไปรายงานตัวหรือปฏิบัติราชการตามต้นสังกัดเดิม)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

.....

ลงชื่อ (.....)

ประธานสาขา.....

หมายเหตุ กรณีลาออกด้วยการเจ็บป่วย ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐด้วย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ..... กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอลาพักการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....
ต้นสังกัด..... มีความประสงค์ขอลาพักการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เนื่องจาก.....
จึงขอลาพักจากการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เป็นเวลา..... วัน
เมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว นาย/ นางสาว/ นาง..... จะกลับเข้ารับ
การฝึกอบรมในชั้นปีที่..... ปีการฝึกอบรม..... ในวันที่.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง เห็นควรให้
นาย/ นางสาว/ นาง..... ลาพักการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขา
ดังกล่าว ได้ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เมื่อครบกำหนดระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว นาย/ นางสาว/ นาง..... จะกลับเข้ารับการฝึกอบรมในชั้นปีที่.....
ปีการฝึกอบรม..... ในวันที่..... รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- หนังสือการขอลาพัก
- รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ที่มีมติให้ลาพัก
และระบุระยะเวลาพักชัดเจน
- ใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ (กรณีมีการเจ็บป่วย)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่..... วันที่.....

เรื่อง ขอลาพักการฝึกอบรม.....

เรียน ประธานสาขา.....

ด้วยข้าพเจ้า นาย/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้าน
ต่อยอดชั้นปีที่ ประจำปีการฝึกอบรม สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน
..... ดันสังกัด..... เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด
ตั้งแต่วันที่ ถึง..... หลักสูตร..... ปี

ข้าพเจ้าขอลาพักการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาดังกล่าว
ได้ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว
จะกลับเข้ารับการฝึกอบรมในชั้นปีที่.....ปีการฝึกอบรม..... ในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(ชื่อแพทย์ประจำบ้าน.....)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านกลับเข้ารับการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด
.....ได้ขอพักการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเวลา
.....วัน นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งว่านาย/ นางสาว/ นาง.....
ได้กลับเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าว ในชั้นปีที่.....ปีการฝึกอบรม.....
ตั้งแต่วันที่..... รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร – บันทึกรายงานตัวกลับเข้ารับการฝึกอบรม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่..... วันที่.....

เรื่อง กลับเข้ารับการฝึกอบรม.....

เรียน ประธานสาขา.....

ตามที่ข้าพเจ้า นาย/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้าน
ต่อยอดชั้นปีที่ ประจำปีการฝึกอบรม สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน
..... ดันสังกัด..... ได้ขอพักการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่
.....เป็นเวลา.....วัน นั้น

ข้าพเจ้าได้กลับเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าว ในชั้นปีที่.....
ปีการฝึกอบรม.....ตั้งแต่วันที่.....เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(ชื่อแพทย์ประจำบ้าน.....)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอเปลี่ยน..... (ระบุว่าเปลี่ยน ชื่อ/ ชื่อสกุล)

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....
ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/สถาบัน.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยน.....
(ระบุว่าชื่อ/ ชื่อสกุล) จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนา
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว พร้อมรับรองสำเนา
- สำเนาใบสำคัญการสมรส พร้อมรับรองสำเนา (กรณีสมรส)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอเปลี่ยนแปลงต้นสังกัด.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่
ประจำปีการฝึกอบรม สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....
มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงต้นสังกัด จากเดิม ต้นสังกัดอิสระ เป็น ต้นสังกัด.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของนาย/ นางสาว/ นาง
เป็นต้นสังกัด..... โดยรับรองสิทธิการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าวฯ
และมีสิทธิ์เข้าสอบวุฒิบัตรสาขา.....ได้ตามปกติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร สำเนาการบรรจุแต่งตั้ง/ บรรจุกลับ พร้อมรับรองสำเนา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งแพทย์ประจำบ้านสาขา.....ฝึกอบรมต่อ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามหนังสือ.....ลงวันที่.....โรงพยาบาล/สถาบัน.....

แจ้งการขอลาพักของนาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....

ขอลาพักการฝึกอบรม เนื่องจาก.....ระหว่างวันที่.....ถึง.....ทำให้มี
เวลาในการฝึกอบรมไม่ครบตามจำนวนที่หลักสูตรกำหนดไว้ นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งให้นาย/ นางสาว/ นาง.....

แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....ฝึกอบรมต่อเป็นระยะเวลา.....ตั้งแต่วันที่.....

ถึง.....เพื่อให้การฝึกอบรมครบตามที่ราชวิทยาลัย.....กำหนดในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร หนังสือแจ้งการลาพักการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน (เรื่องเดิม)



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 3.7

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง แจ้งแพทย์ประจำบ้านสาขา.....ผ่านการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามหนังสือ.....ลงวันที่.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ขอให้นาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....ฝึกอบรมต่อเป็นเวลา
.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....ดังกล่าวแล้ว นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งว่านาย/ นางสาว/ นาง.....ได้ผ่าน
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ครบตามที่ราชวิทยาลัย.....
กำหนด ในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร หนังสือแจ้งแพทย์ประจำบ้านสาขา.....ฝึกอบรมต่อ (เรื่องเดิม)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่.....

วันที่.....

xxxxxxxxxx

เรื่อง ขอย้ายสาขา/ สถาบันฝึกอบรม.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน/ ผู้อำนวยการหน่วยงาน/ สถาบัน.....

ด้วยข้าพเจ้า นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด
.....มีความประสงค์ขอย้าย จาก สาขา/ สถาบันฝึกอบรม.....
เป็นสาขา/ สถาบันฝึกอบรม..... โดยจะเริ่มในปีการฝึกอบรม.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(ชื่อแพทย์ประจำบ้าน.....)

(ฉบับแพทย์ประจำบ้านทำแจ้งสาขาฝึกอบรม)

หมายเหตุ กรณีย้ายสถาบันฝึกอบรม

1. มีเหตุผลสำคัญและจำเป็น
2. สถาบันที่รับต้องมีโควตาว่างไว้รองรับและยินดีรับเข้าฝึกอบรมต่อ
3. สถาบันเดิมไม่เกิดความเสียหายและยินดีเสนอเรื่องย้ายหรือดำเนินการให้
4. หากมีต้นสังกัด แจ้งต้นสังกัดให้ทราบและยินยอม (สถาบันฝึกอบรมส่งเรื่องแจ้งไปยังกรมการแพทย์ ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 3.9)
5. หากเอกสารสมบูรณ์ทุกฝ่าย สถาบันเดิมของแพทย์ ต้องทำเรื่องแจ้งราชวิทยาลัยฯ (ส่งเรื่องแจ้งไปยังกรมการแพทย์ ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 3.11) โดยแนบ

- หนังสือขอย้ายจากเจ้าตัว (เอกสารแนบ 3.8)
- หนังสือตอบรับจากสถาบันปลายทาง ระบุวันสิ้นสุดของสถาบัน และวันเริ่มต้นที่สถาบันใหม่ (เอกสารแนบ 3.10)
- กรณีย้ายสถาบันด้วยเหตุผลทางสุขภาพ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐเป็นผู้ออกให้
- ต้องมีหนังสือยินยอมให้ย้ายจากต้นสังกัด



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 3.9

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง ขอย้ายสาขา/ สถาบันการฝึกอบรมไปยังสถาบันฝึกอบรมปลายทาง.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วยนาย/ นาง/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้าน
สาขา..... ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม..... ต้นสังกัด.....
มีความประสงค์ขอย้ายสาขา/ สถาบันฝึกอบรม..... มาฝึกอบรมต่อ ณ
ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เนื่องจาก
.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ไม่ขัดข้อง เห็นควรให้ย้ายสาขา/ สถาบันการฝึกอบรมของ
แพทย์ประจำบ้านรายดังกล่าวข้างต้น ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ โดยจะเริ่มการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่
.....ถึงวันที่..... ทั้งนี้ขอให้แจ้งไปยังสถาบันฝึกอบรมปลายทางเพื่อพิจารณารับย้ายสาขา/ สถาบัน
ฝึกอบรมด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน.....

(ฉบับสถาบันฝึกอบรมทำแจ้งกรมการแพทย์ เพื่อให้กรมทำเรื่องแจ้งไปสถาบันฝึกอบรมปลายทาง)

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- หนังสือขอย้ายจากเจ้าตัว (เอกสารแนบ 3.8)
- กรณีย้ายสถาบันด้วยเหตุผลทางสุขภาพ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐเป็นผู้ออกให้

กรมการแพทย์ ทำหนังสือแจ้งต้นสังกัด (ในกรณีมีต้นสังกัด) และแจ้งสถาบันปลายทางที่รับย้าย

(ตัวอย่าง) หนังสือยินดีให้โอนย้ายจากสถาบันฝึกอบรมปลายทาง

เอกสารแนบ 3.10



ที่ สธ

ที่อยู่หน่วยงานที่รับย้าย.....
.....

ลงวันที่.....

เรื่อง ยินดีรับแพทย์ประจำบ้านย้ายสถาบันฝึกอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือแจ้งการขอย้ายสถาบันฝึกอบรม

ตามที่ นาย/ นาง/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้าน
สาขา..... ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม.....ต้นสังกัด.....
ย้ายสาขา/ สถาบันฝึกอบรม.....มาฝึกอบรมต่อ ณ
ตั้งแต่วันที่.....ถึง..... เนื่องจาก
.....
.....นั้น

(หน่วยงานที่รับย้าย)..... ยินดีและไม่ขัดข้องรับแพทย์รายดังกล่าว
เข้าฝึกอบรมต่อในวันที่.....ถึงจนกว่าจะสำเร็จการฝึกอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

หมายเหตุ หนังสือตอบรับจากสถาบันปลายทาง ระบุวันเริ่มต้นที่สถาบันใหม่และสิ้นสุดการฝึกอบรม



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 3.11

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอย้ายสาขา/ สถาบันฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา..... ชั้นปีที่.....
ประจำการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด.....
มีความประสงค์ขอย้าย จาก สาขา/ สถาบันฝึกอบรม.....
เป็นสาขา/ สถาบันฝึกอบรม.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งว่า (หน่วยงานที่รับ
ย้าย).....ยินดีรับย้ายสาขา/ สถาบันฝึกอบรมของนาย/ นางสาว/ นาง.....ได้
ตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น โดยจะเริ่มในปีการฝึกอบรม.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่
.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

(ฉบับสถาบันฝึกอบรมทำแจ้งกรมการแพทย์ เพื่อแจ้งไปราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม)

หมายเหตุ แแนบเอกสาร

- หนังสือขอย้ายจากเจ้าตัว (เอกสารแนบ 3.8)
- สำเนาหนังสือแจ้งการขอย้ายสถาบันฝึกอบรม (แจ้งสถาบันฝึกอบรมปลายทางและต้นสังกัด (ในกรณีที่มีต้นสังกัด)) ทั้งนี้ ให้สถาบันฝึกอบรมใหม่ดำเนินการตรวจสอบโควตาว่างของสาขาดังกล่าวด้วย
- หนังสือตอบรับจากสถาบันปลายทาง ระบุวันเริ่มต้นที่สถาบันใหม่และสิ้นสุดการฝึกอบรม (เอกสารแนบ 3.10)
- กรณีย้ายสถาบันด้วยเหตุผลทางสุขภาพ ให้แนบใบรับรองแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐเป็นผู้ออกให้

กรมการแพทย์ ทำหนังสือแจ้งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ที่เกี่ยวข้อง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร. x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอสิทธิเข้ารับการฝึกอบรม ประจำปีการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่แพทยสภา ประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบ.....เสร็จสิ้นไปแล้ว นั้น

นาย/ นางสาว/ นาง.....ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรม สาขา.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีความประสงค์ขอสิทธิเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการฝึกอบรม.....เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ เอกสารแนบ คือ หนังสือการขอสิทธิของแพทย์ประจำบ้าน

กรมการแพทย์ ทำหนังสือแจ้งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมที่เกี่ยวข้อง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่.....สธ...../.....วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่สำเร็จการฝึกอบรมตามหลักสูตร.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้มีการจัดฝึกอบรมหลักสูตร
แพทย์ประจำบ้าน สาขา..... นั้น

บัดนี้ มีแพทย์ประจำบ้านสำเร็จการฝึกอบรมตามหลักสูตรดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น..... ราย
ดังรายนามต่อไปนี้

1. สาขา..... ปีที่เข้ารับการฝึกอบรม (วันที่.....ถึง.....) มีดังนี้
 - 1.1 นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - 1.2 นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - 1.3 นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
2. สาขา..... ปีที่เข้ารับการฝึกอบรม (วันที่.....ถึง.....) มีดังนี้
 - 2.1 นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - 2.2 นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - 2.3 นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ กรณีมีรายชื่อแพทย์จำนวนมาก ให้ทำเป็นเอกสารแนบท้าย



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

บทที่ 4

การติดตามและประเมินผล

4. การติดตามและประเมินผล

4.1 การวัดและประเมินผล

สถาบันฝึกอบรมต้องกำหนดและดำเนินการวัดและประเมินผลแพทย์ประจำบ้านที่ชัดเจน สอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ กำหนดวิธีการและรูปแบบการวัดและประเมินผลที่เหมาะสม จัดให้มีการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมในแต่ละระดับชั้น เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมในแต่ละระดับชั้น ระบุเกณฑ์การผ่านการสอบหรือการประเมินแบบอื่นที่ชัดเจน รวมถึงจำนวนครั้งที่อนุญาตให้สอบแก้ตัว มีการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่แพทย์ประจำบ้านอย่างทันกาล จำเพาะ สร้างสรรค์ และเป็นธรรมบนพื้นฐานของผลการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านให้ชัดเจน และแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านทราบก่อนเริ่มการฝึกอบรม โดยมีการติดตามและประเมินผลแพทย์ประจำบ้าน 3 ระยะ ดังนี้

4.1.1 ขณะฝึกอบรม

- 1) สถาบันฝึกอบรมดำเนินการ ดังนี้
 - การส่งแพทย์ประจำบ้านไป elective
 - มีการจัดตาราง elective
 - สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือบันทึกข้อความถึงสถาบันที่ส่งแพทย์ประจำบ้านไป elective โดยให้ผู้อำนวยการสถาบันฝึกอบรมเป็นผู้ลงนาม (เอกสารแนบ 4.1) พร้อมทั้งแนบบรรณบัตรแพทย์ประจำบ้าน (เอกสารแนบ 4.2) และซองพร้อมที่อยู่ (เฉพาะสถาบัน) เพื่อส่งแบบประเมินกลับไปยังสถาบันฝึกอบรม
 - หน่วยงานที่รับ elective ทำหนังสือยินดียินยอมแพทย์ประจำบ้านไป elective ไปยังโรงพยาบาล/ สถาบัน (เฉพาะบางสถาบัน)
 - ระหว่างที่แพทย์ประจำบ้านมา elective
 - แพทย์ประจำบ้านสอบประเมินความรู้หลังการฝึกอบรมประจำเดือน (ใช้ข้อสอบที่สาขาเตรียมไว้)
 - แพทย์ประจำบ้านที่มา elective ทำแบบประเมินความเห็นต่อการฝึกอบรมของสาขา (เฉพาะสาขา) (เอกสารแนบ 4.3)
 - หน่วยงานที่รับ elective จัดทำหนังสือส่งตัวแพทย์ประจำบ้านกลับ พร้อมแนบบรรณบัตรตอบกลับ (เอกสารแนบ 4.4)
 - การสอบ in - training ระหว่างภาคการฝึกอบรม
 - ประธานอาจารย์แพทย์ กำหนดวัน เวลา และสถานที่สอบ และดำเนินการแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านทราบ
 - สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือขออนุมัติจัดกิจกรรมดำเนินการสอบประเมินผล (เอกสารแนบ 4.5)
 - สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือขอข้อสอบ in - training examination (เอกสารแนบ 4.6)
 - รวบรวมข้อสอบ พิมพ์ข้อสอบ และดำเนินการจัดสอบ
 - สรุปคะแนน in - training examination

- สถาบันฝึกอบรมขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการสอบประเมินผล (เอกสารแนบ 4.7)
- พิมพ์แบบฟอร์มกิจกรรมประเมิน ลงบันทึกข้อมูล รายงานผลประจำเดือน
- สอบวัดผลระหว่างปีการฝึกอบรม

- เก็บรวบรวมผลการประเมิน ลงบันทึกข้อมูล รายงานผลประจำเดือน และรายงานผล

ปลายภาคการฝึกอบรม

- นำข้อมูลของแพทย์ประจำบ้านแต่ละคน มาเปรียบเทียบแต่ละปีการฝึกอบรม โดยให้
ลงบันทึกไว้

2) กรรมการแพทย์ดำเนินการ ดังนี้

- ตรวจสอบรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่คาดว่าจะสำเร็จการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี
- จัดทำใบประกาศนียบัตรสำหรับแพทย์ประจำบ้านที่เลื่อนผ่านชั้นปี
- จัดทำแบบประเมินเพื่อประกอบการเลื่อนเงินเดือนของแพทย์ประจำบ้านต้นสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- รอบที่ 1 วันที่ 15 กุมภาพันธ์
- รอบที่ 2 วันที่ 15 สิงหาคม

ส่งไปยังสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรรมการแพทย์ เพื่อจัดส่งให้ต้นสังกัด/ กองบริหารทรัพยากรบุคคล
ของหน่วยงานต่อไป โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดัง flowchart เอกสารแนบ 4.8

4.1.2 ก่อนจบการฝึกอบรม

1) เก็บข้อมูลประวัติแพทย์ประจำบ้านโดยละเอียด เพื่อเก็บเป็นทำเนียบศิษย์เก่าของแต่ละ
สาขา และเป็นข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลหลังจบการฝึกอบรม (เอกสารแนบ 4.9)

2) เตรียมข้อมูลประกอบการจัดทำหนังสือปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน เพื่อส่งสถาบันการศึกษา
ทางการแพทย์ชั้นสูง กรรมการแพทย์ โดยมีข้อมูล ดังนี้

- ข้อมูลแพทย์ประจำบ้านที่คาดว่าจะจบ (ชื่อ – สกุล ต้นสังกัด ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์
อีเมล ภาพถ่ายในรูปแบบไฟล์ jpg)

- ข้อมูลความในใจของประธานสาขา/ อาจารย์ประจำสาขา

3) ทำหนังสือรับรองเพื่อส่งสอบวุฒิปัตรา

- หนังสือรับรองผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (เอกสารแนบ 4.10)
- หนังสือรับรองการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (เอกสารแนบ 4.11)

4) ติดตามการสอบเพื่อวุฒิปัตรา

- สอบประจำปี เพื่อส่งสอบวุฒิปัตราแสดงความรู้ความชำนาญฯ (โรงพยาบาล/ สถาบัน
สงเคราะห์วิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมโดยส่งผ่านกรรมการแพทย์)

- ติดตามการสอบวุฒิปัตราแสดงความรู้ความชำนาญฯ

4.1.3 หลังจบการการฝึกอบรม

1) หนังสือส่งตัวกลับต้นสังกัด

- สถาบันฝึกอบรมแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่สิ้นสุดการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 4.12)

- กรมการแพทย์จัดทำหนังสือส่งแพทย์กลับเข้าปฏิบัติงาน ณ ต้นสังกัด ซึ่งออกหนังสือในนามกรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 4.13)

หมายเหตุ การออกหนังสือส่งตัวกลับต้นสังกัด จะดำเนินการส่งหนังสือไปยังต้นสังกัดก่อน 2 สัปดาห์สุดท้าย ก่อนจบการฝึกอบรมในปีนั้นๆ หากหน่วยงานมีการเปลี่ยนแปลงผลการเลื่อนชั้นปี/ การผ่านการอบรมชั้นปีสุดท้ายให้รับแจ้งอย่างไม่เป็นทางการไปยังสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ ก่อน 2 สัปดาห์สุดท้าย เพื่อรับการส่งเอกสารกลับต้นสังกัด

- จัดงานรวมศิษย์เก่า (ตามแต่ละโรงพยาบาล/ สถาบัน/ สาขา)
- ติดตามประเมินผล หลังจบการฝึกอบรม 6 เดือน - 1 ปี

หมายเหตุ การติดตามและการประเมินให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐานเวชบัณฑิตศึกษา (PGCME) ของสหพันธ์แพทยศึกษาโลก (WFME) ของแต่ละราชวิทยาลัยที่กำหนด

การติดตามประเมินผล

1. ขณะฝึกอบรม

- ทำหนังสือขอส่งตัว พร้อมแบบประเมิน ไปยังสาขา อนุสาขา สถาบันที่แพทย์ประจำบ้านไป elective พร้อมแบบขอ เพื่อส่งแบบประเมินกลับต้นสังกัด
- สอบกลางภาค (basic science)
- พิมพ์แบบฟอร์มกิจกรรมประเมินอาจารย์ และประเมินแพทย์ประจำบ้าน
- สอบวัดผลระหว่างปีการฝึกอบรม
- เก็บรวบรวมผลการประเมิน ลงบันทึกข้อมูล รายงานผลประจำเดือน รายงานผลปลายภาค การฝึกอบรม
- นำข้อมูลของแต่ละคน แต่ละปี นำมาเปรียบเทียบในแต่ละปีการฝึกอบรม โดยพิมพ์บันทึกไว้
- ประเมินผลการฝึกอบรมเพื่อประกอบการเลื่อนเงินเดือนของแพทย์ต้นสังกัดทุกกรมของกระทรวงสาธารณสุข

2. ก่อนจบการฝึกอบรม

- พิมพ์บันทึกประวัติ เพื่อเป็นหลักฐาน ข้อมูลโดยละเอียด เพื่อติดตามประเมินผลหลังจบการฝึกอบรม
- เตรียมข้อมูลประกอบการจัดทำหนังสือ ขออนุมัติแพทย์ประจำบ้าน เพื่อส่งสถาบันการศึกษาทางการแพทยชั้นสูง กรมการแพทย์
- ทำหนังสือรับรองเพื่อส่งสอบวุฒิบัตรฯ สอบประจำปี เพื่อส่งสอบวุฒิบัตรฯ (โรงพยาบาล/ สถาบัน ส่งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมโดยผ่านกรมการแพทย์)

3. หลังจบการฝึกอบรม

- จัดทำหนังสือส่งตัวกลับต้นสังกัด
- จัดงานรวมศิษย์เก่า (ตามแต่ละโรงพยาบาล/ สถาบัน/ สาขา)
- ติดตามประเมินผล หลังจบการฝึกอบรม 6 เดือน - 1 ปี

4.2 การสอบเพื่อหนังสืออนุมัติบัตรและวุฒิบัตรฯ

จากประกาศแพทยสภาที่กำหนดแนวทางการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติบัตรและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้ดังนี้

ราชวิทยาลัยที่แพทยสภามอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดูแลการฝึกอบรมจะต้องระบุคุณสมบัติของผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ วิธีการวัดและประเมินผล และเกณฑ์การตัดสิน ซึ่งจะต้องเป็นไปตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติฯ และวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เป็นไปตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558

ขอบข่าย

- ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
- สถาบันผลิตแพทย์
- โรงพยาบาลทั่วประเทศ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

คำจำกัดความ

“หนังสืออนุมัติ” หมายความว่า หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

“วุฒิบัตร” หมายความว่า วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (อฟส.)

“การปฏิบัติงานขอใช้ทุน” หมายความว่า การปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานขอใช้ทุนตามที่คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์เป็นผู้จัดสรร

หน้าที่และความรับผิดชอบของแพทยสภา

- ประสานงานกับราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ขอรายละเอียดและเงื่อนไขเกี่ยวกับการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ

- จัดทำร่างประกาศรับสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ พร้อมค่าธรรมเนียมสมัครสอบ เสนอคณะกรรมการกลางการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อพิจารณา และเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่อทราบ และเสนอคณะกรรมการแพทยสภารับรอง

- จัดส่งประกาศการยื่นคำขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาต่างๆ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ทราบ

- รวบรวมรายชื่อผู้สอบผ่านตามที่ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย แจ้งมา เสนอคณะกรรมการบริหารแพทยสภาเพื่อพิจารณาและเสนอคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อรับรอง

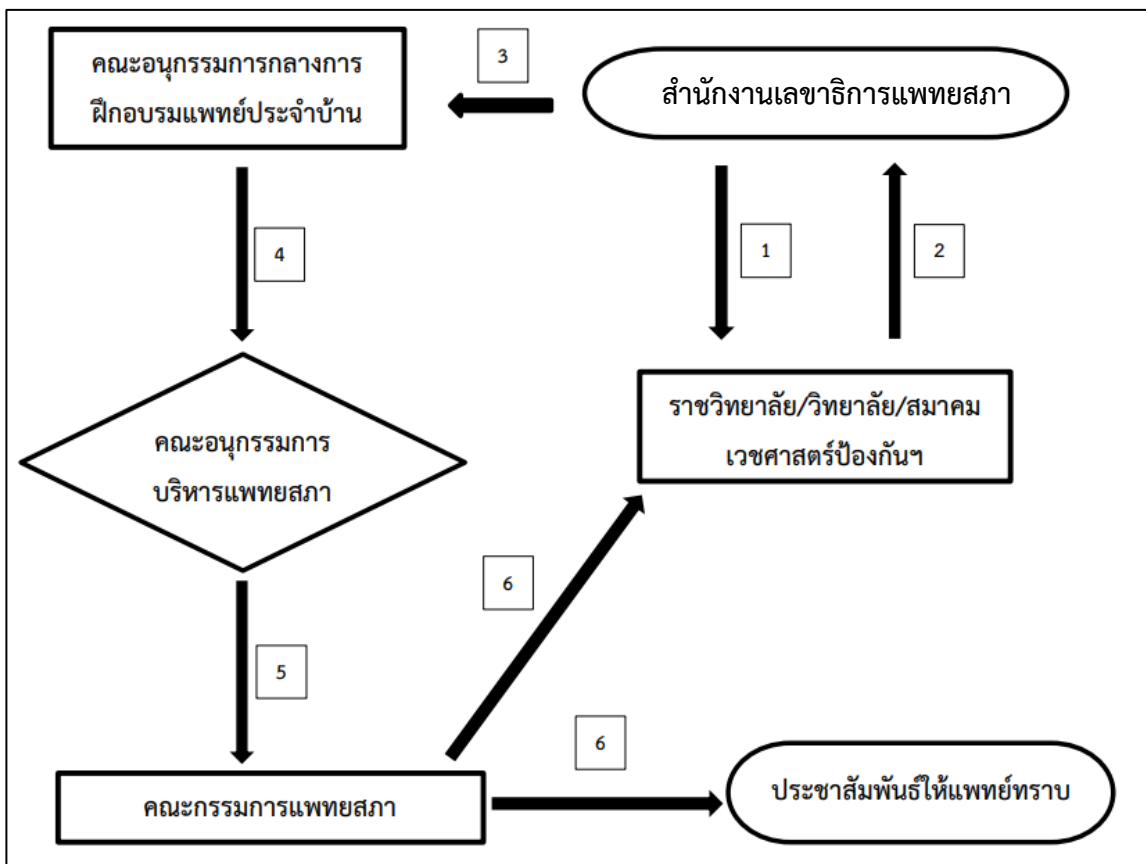
- รับรองผลสอบในระบบศูนย์เวชบัณฑิตศึกษาแห่งประเทศไทย

- แจ้งรายชื่อแพทย์ที่สอบผ่านขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ ให้ฝ่ายทะเบียน พร้อมใบคำขอสมัครสอบฯ

- จัดทำประกาศผลการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาต่างๆ เสนอเลขาธิการแพทยสภาลงนาม
- จัดส่งใบอนุญาตค่าธรรมเนียมสมัครสอบให้ฝ่ายการเงินออกใบเสร็จ และจัดส่งใบเสร็จให้ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

แนวทางการปฏิบัติ

- การจัดทำประกาศรับสมัครสอบ

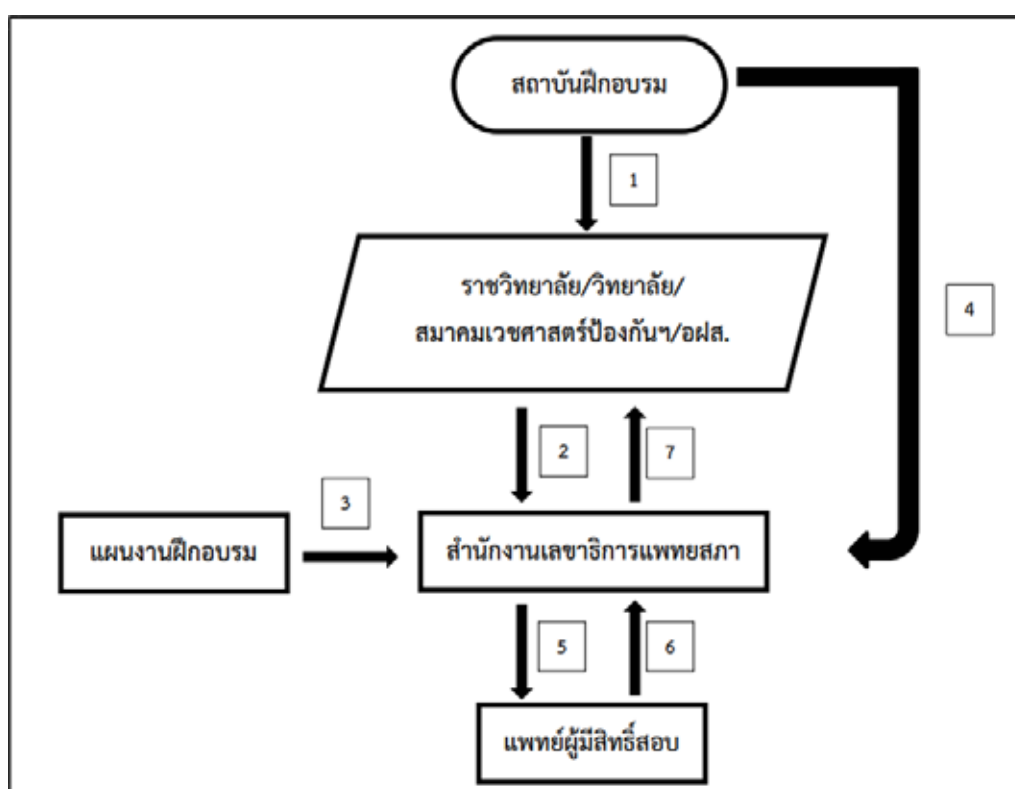


หมายเหตุ: ตัวเลขในกรอบสี่เหลี่ยม หมายถึง ลำดับก่อนหลังในการดำเนินงาน (ดูคำอธิบายด้านล่าง)

- ขั้นตอนที่ 1** สำนักงานเลขาธิการแพทยสภาส่งหนังสือถึงราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยขอเงื่อนไขและแนวทางการสอบ
- ขั้นตอนที่ 2** ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ส่งเงื่อนไขและแนวทางการสอบกลับมา
- ขั้นตอนที่ 3** สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา จัดทำร่างประกาศรับสมัครสอบหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ เสนอคณะกรรมการกลางการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อพิจารณา
- ขั้นตอนที่ 4** นำผลการพิจารณาของคณะกรรมการกลางการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เสนอคณะกรรมการบริหารแพทยสภาเพื่ออนุมัติจัดทำประกาศฯ

- ขั้นตอนที่ 5 นำผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการบริหารแพทยสภา เสนอคณะกรรมการแพทยสภา เพื่อรับรองประกาศรับสมัครสอบฯ
- ขั้นตอนที่ 6 สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา จัดส่งประกาศรับสมัครสอบฯ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ทราบ บนเว็บไซต์ของแพทยสภาและจัดส่งไปที่
- ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
 - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบดีกรมควบคุมโรค
 - โรงพยาบาลทั่วประเทศ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สำนักส่งเสริม สนับสนุนการผลิต พัฒนาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (สพพ.)

- การสมัครสอบหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ

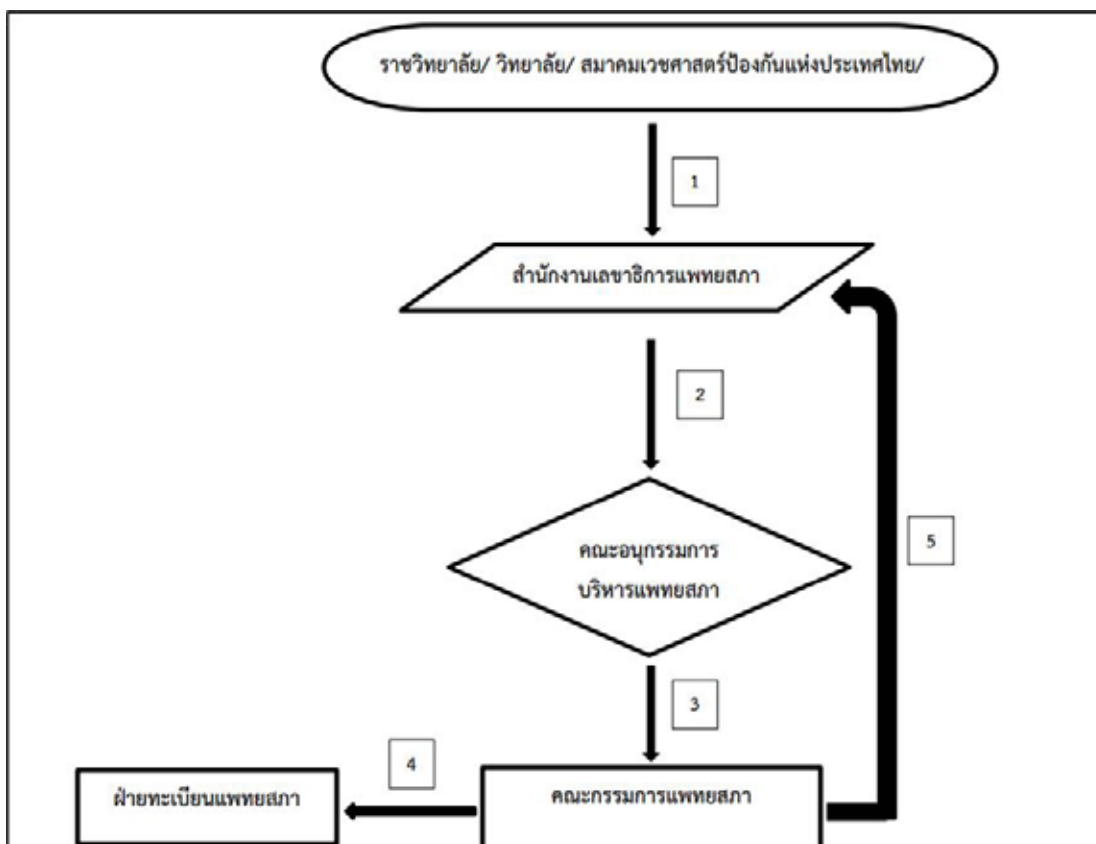


หมายเหตุ: ตัวเลขในกรอบสี่เหลี่ยม หมายถึง ลำดับก่อนหลังในการดำเนินงาน (ดูคำอธิบายด้านล่าง)

- ขั้นตอนที่ 1 สถาบันฝึกอบรม/ สถานที่ปฏิบัติงานเพื่อการสอบหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ ส่งรายชื่อแพทย์ผู้มีสิทธิ์สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ ไปยังราชวิทยาลัยที่กำกับดูแลการฝึกอบรมสาขานั้นๆ ภายใน 31 มีนาคม
- ขั้นตอนที่ 2 ราชวิทยาลัยตรวจสอบสิทธิ์และลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์สมัครสอบ วุฒิบัตรฯ (แผน ก และ ข)/ หนังสืออนุมัติฯ (แผน ค) ภายใน 31 มีนาคม
- ขั้นตอนที่ 3 แผนงานฝึกอบรมลงทะเบียนผู้มีสิทธิ์สมัครสอบหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ ภายใน 15 มีนาคม
- ขั้นตอนที่ 4 สถาบันฝึกอบรม รับรองผู้มีสิทธิ์สมัครสอบหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ ภายใน 16 - 31 มีนาคม

- ขั้นตอนที่ 5 แพทย์ผู้มีสิทธิ์สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ กรอกข้อมูลในแบบคำขอสมัครสอบที่ website : www.tmc.or.th/tcgme
- ขั้นตอนที่ 6 แพทย์ผู้มีสิทธิ์สอบยื่นใบสมัครสอบพร้อมหลักฐานประกอบ ณ สถานที่หรือตามที่ราชวิทยาลัย ซึ่งกำกับดูแลการฝึกอบรมและสอบสาขา/ อนุสาขาต่างๆ กำหนด (ทั้งที่ราชวิทยาลัยประสานแจ้งให้ผู้มีสิทธิ์สอบกรณีหนังสืออนุมัติฯ และผู้เข้าสอบซ้ำทราบดีด้วย) ในวันที่ 1 - 30 เมษายน
- ขั้นตอนที่ 7 อ.ส.และราชวิทยาลัย ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ และอนุมัติให้เข้าสอบและดำเนินสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ ในเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม

- การบันทึกผลการสอบ

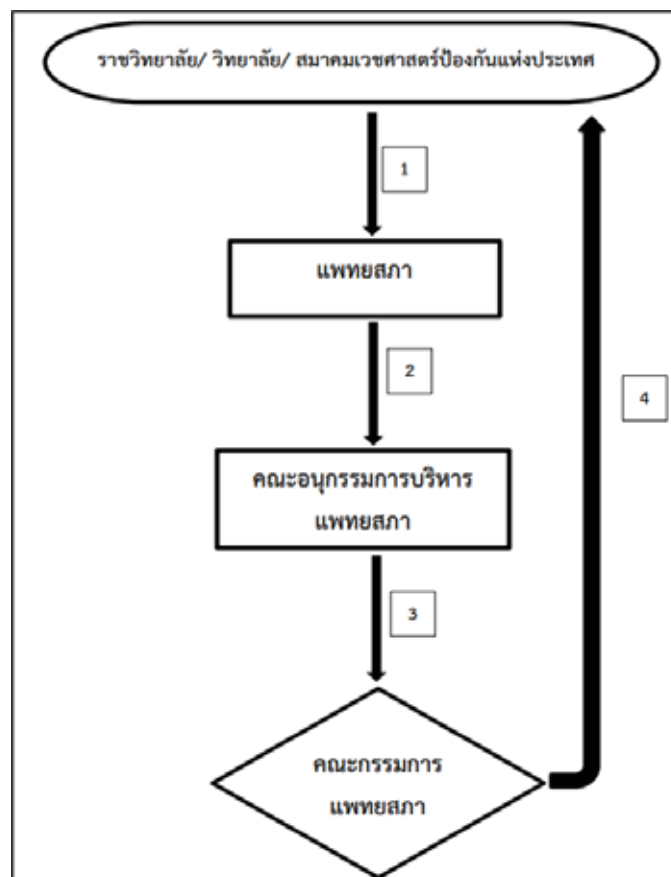


หมายเหตุ: ตัวเลขในกรอบสี่เหลี่ยม หมายถึง ลำดับก่อนหลังในการดำเนินงาน (ดูคำอธิบายด้านล่าง)

- ขั้นตอนที่ 1 ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย โดยร่วมกับคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาต่างๆ ดำเนินการรับสมัครและจัดสอบหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ สาขาต่างๆ แล้วทำการบันทึกและรับรองผลการสอบลงในระบบ website : www.tmc.or.th/tcgme พร้อมจัดส่งใบสมัครและรายงานผลการสอบมาให้แพทยสภาภายในเดือนมิถุนายน
- ขั้นตอนที่ 2 แพทยสภารวบรวมรายชื่อผู้สอบผ่านตามที่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยแจ้งมา เสนอคณะกรรมการบริหารแพทยสภาเพื่อพิจารณา

- ขั้นตอนที่ 3 นำผลการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารแพทยสภา เสนอคณะกรรมการแพทยสภา เพื่อพิจารณาอนุมัติ
- ขั้นตอนที่ 4 แพทยสภาเข้าไปรับรองผลการสอบในระบบ และแจ้งรายชื่อผู้สอบผ่านเพื่อหนังสืออนุมัติ/ วุฒิบัตรฯ ส่งให้ฝ่ายทะเบียน เพื่อออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ พร้อมใบคำขอสมัครสอบฯ
- ขั้นตอนที่ 5 จัดทำประกาศผลการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรมสาขาต่างๆ เสนอเลขาธิการแพทยสภาลงนาม

- การขออนุมัติจัดสอบครั้งที่ 2



หมายเหตุ: ตัวเลขในกรอบสี่เหลี่ยม หมายถึง ลำดับก่อนหลังในการดำเนินงาน (ดูคำอธิบายด้านล่าง)

- ขั้นตอนที่ 1 ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ทำหนังสือแพทยสภา ขออนุมัติจัดสอบภาคข้อเขียนครั้งที่ 2
- ขั้นตอนที่ 2 แพทยสภานำเรื่องเสนอคณะกรรมการบริหารแพทยสภาเพื่อทราบ
- ขั้นตอนที่ 3 เสนอคณะกรรมการแพทยสภา เพื่อพิจารณาอนุมัติ
- ขั้นตอนที่ 4 แจ้งผลการพิจารณาให้ ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

ข้อควรระวัง/ ข้อเสนอแนะ/ ข้อสังเกตเพิ่มเติม

- เอกสารไม่ครบถ้วน และคำขอสมัครสอบไม่ชัดเจน
- การแจ้งผลสอบ ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย จะมีรายชื่อแพทย์ต่างประเทศ ซึ่งมีใช้แพทย์ประจำบ้านรวมมาด้วย
- แจ้งรายชื่อผู้สอบผ่านผิดปี

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- ประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา เรื่องการยื่นคำขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ ตามที่แพทยสภาออกประกาศล่าสุด
- ประกาศแพทยสภา เรื่องค่าธรรมเนียมในการสอบหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

- ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2552
 - ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558
- แหล่งที่มาของข้อมูลการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติบัตรและวุฒิบัตรฯ: แพทยสภา

ตัวอย่างหนังสือที่เกี่ยวข้อง

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ..... กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติส่งแพทย์ประจำบ้านเข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงาน.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....(ที่จะส่งไป elective)

ด้วยกลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... มีความประสงค์
ขออนุมัติส่งแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา..... ปีการฝึกอบรม..... เข้ารับการฝึกอบรม
และปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงาน.....

เพื่อเป็นการเรียนรู้ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเป็นการเพิ่มพูนทักษะของผู้เข้ารับการฝึกอบรม
ให้ดียิ่งขึ้น โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอส่งแพทย์ประจำบ้านเข้ารับการฝึกอบรม
และปฏิบัติงาน ในกลุ่มงานดังกล่าวข้างต้น ดังมีรายนามต่อไปนี้

- | | |
|-------------------|---------------------------------|
| 1. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |
| 2. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |
| 3. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |
| 4. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้แพทย์ประจำบ้าน เข้ารับการฝึกอบรมในช่วงระยะเวลา
ดังกล่าว จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....(ที่จะส่งไป elective)

(ตัวอย่าง) แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน
กลุ่มงาน..... หน่วยงาน/สถาบัน.....

ชื่อ - สกุล..... แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่.....
ปฏิบัติงานใน.....
ช่วงเวลาปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่.....
เวลาที่ปฏิบัติงาน () ครบ () ป่วย.....วัน () ลา.....วัน () ขาด.....วัน

รายงานการประเมิน	คะแนน	ความเห็น
1. ความรู้ทางวิชาการ 25 คะแนน		
1.1 นำความรู้มาใช้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (15 คะแนน) และสนใจการศึกษาอย่างต่อเนื่อง		
1.2 ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ (10 คะแนน)		
2. ทักษะ 30 คะแนน		
2.1 ความสามารถ (หัตถการ) (20 คะแนน)		
2.2 ความสามารถในการแสดงออก (10 คะแนน) (การพูด สอน และการเขียน)		
3. เจตคติ 45 คะแนน		
3.1 รับผิดชอบในหน้าที่และมีระเบียบวินัย (20 คะแนน) (การดูแลผู้ป่วย Medical record ตรงต่อเวลาและอยู่เวร)		
3.2 สนใจและตั้งใจปฏิบัติงาน (10 คะแนน)		
3.3 มนุษยสัมพันธ์/ มารยาท (10 คะแนน)		
3.4 ความคิดริเริ่ม (5 คะแนน)		
คะแนนรวม 100 คะแนน		

ความเห็นเพิ่มเติม.....

ในความเห็นของท่านเห็นสมควรให้แพทย์ผู้นี้ () ผ่านการฝึกอบรม
() ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร
() ข้างการฝึกอบรมเป็นเวลา.....เดือน.....ปี
() ออกจากการฝึกอบรม

หมายเหตุ ดีมาก = 4 (90-100 คะแนน), ดี = 3 (75-89 คะแนน), พอใช้ = 2 (60-74 คะแนน), ควรปรับปรุง = 1 (<60 คะแนน)

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้รับผิดชอบการฝึกอบรม/ ประเมินผล
วันที่...../...../.....

(ตัวอย่าง) แบบประเมินของแพทย์ประจำบ้านสาขา.....

ต่อการฝึกอบรมของกลุ่มงาน..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

แพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ชั้นปีที่.....

ช่วงเวลาปฏิบัติงาน ตั้งแต่ วันที่..... ถึง.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงในแต่ละข้อตามความคิดเห็นของท่าน

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
ก. วัตถุประสงค์ในการฝึกอบรม สาขา..... 1. ท่านเข้าใจวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม สาขา..... 2. การปฐมนิเทศ ชี้แจงบทบาทหน้าที่ แนวทาง ปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านได้ชัดเจน					
ข. ประสบการณ์ การเรียนรู้ของท่าน 1. จากการดูแลผู้ป่วย 1.1 preoperative care 1.2 การผ่าตัด/ ช่วยผ่าตัด 1.3 postoperative care 1.4 ward round/ ward work 1.5 การอยู่เวรนอกเวลา 2. จากกิจกรรมวิชาการ 2.1 case conference 2.2 interesting case 2.3 journal club 2.4 morbidity & mortality conference 2.5 medico – surgical conference 2.6 tumor conference 2.7 anesthesiology 2.8 orthopedics 2.9 radiology					

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
2.10 subspecialty conference					
2.11 bedside teaching					
2.12 grand round					
2.13 interhospital conference					
3. จากการศึกษาด้วยตนเอง					
ค. การประเมินผล					
การสอบเมื่อจบการฝึกอบรม					
ง. สัมพันธภาพของท่านต่อผู้เข้าร่วมงาน					
1. อาจารย์					
2. แพทย์ประจำบ้าน					
3. เจ้าหน้าที่ ward					
4. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด					
5. เจ้าหน้าที่ OPD					
6. เจ้าหน้าที่ ER					
จ. ทรัพยากร/ สถานที่					
1. ห้องเรียน					
2. ห้องสมุด					
3. ห้องพักรับ					

ฉ. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....



เอกสารแนบ 4.4

ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....
.....

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง ขอส่งแบบประเมินการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ตามที่หน่วยงานขอส่งแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... เพื่อเข้ารับการฝึกอบรม
ณ กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....เป็นเวลา..... เดือน ระหว่างวันที่
..... นั้น

ในการนี้ได้สิ้นสุดการฝึกอบรมดังกล่าวแล้ว โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอ
ส่งแบบประเมินผลการฝึกอบรมการปฏิบัติงาน ของแพทย์ประจำบ้าน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. ชื่อ - สกุล.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา.....
2. ชื่อ - สกุล.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา.....
3. ชื่อ - สกุล.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

สำนักงาน/ กลุ่มงาน

โทรศัพท์

โทรสาร



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 4.5

ส่วนราชการ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการสอบประเมินผลฯ

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ตามที่กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รับอนุมัติ
ดำเนินการจัด “โครงการ.....” ภายใต้แผนโครงการประจำปีงบประมาณ.....นั้น

ในการนี้ กลุ่มงาน.....ขอดำเนินการ ดังนี้

1. ขออนุมัติดำเนินการจัดกิจกรรมการสอบประเมินผลประจำปี ภายในกลุ่มงานฯ ประจำปีการ
ฝึกอบรม..... ในวันที่.....ณ.....

2. ขออนุมัติดำเนินการออกข้อสอบปรนัย (MCQ) และข้อสอบอัตนัย (Case) กำหนด
ส่งภายในวันที่..... ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติข้อ 1 – 2 ด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร รายละเอียดดำเนินการสอบประเมินผลฯ



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 4.6

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อสอบ in – training examination

เรียน แพทย์ประจำกลุ่มงาน.....(หรือคณะกรรมการออกข้อสอบ ชื่อ - สกุล)

ด้วยกลุ่มงาน.....จะจัดสอบ in – training examination
สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ในวันที่..... และในปีนี้อธิบายให้ทุกท่านช่วย
ออกข้อสอบตามหัวข้อที่ได้แนบมาพร้อมนี้

โดยออกข้อสอบเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ควรเป็นลักษณะ problem - solving มากกว่า recall
เป็นข้อสอบอัตนัย (essay) 2 ข้อ ต่อท่าน พร้อม key word/ key statement ที่จะให้คะแนนและข้อสอบปรนัย
(5 – choice MCQ) 20 ข้อ พร้อมเฉลย และ reference (ถ้ามี) ทั้งนี้ มีกำหนดส่งข้อสอบภายในวันที่
.....ผู้ประสานงาน หมายเลขโทรศัพท์
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร รายละเอียดหัวข้อในการออกข้อสอบ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สร / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสอบประเมินผลประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ตามหนังสือที่..... ลงวันที่.....เรื่อง ขออนุมัติจัดกิจกรรมดำเนินการสอบประเมินผลฯ และท่านได้พิจารณาอนุมัติให้กลุ่มงาน..... ดำเนินการสอบประเมินผลแพทย์ประจำบ้านสาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม..... นั้น

ในการนี้ กลุ่มงาน.....ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนในการสอบประเมินผลฯ ดังนี้

1. ค่าตอบแทนออกข้อสอบปรนัย บาท
2. ค่าตอบแทนออกข้อสอบอัตนัย บาท
3. ค่าตรวจข้อสอบ เหมาจ่าย บาท
4. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่คุมสอบ บาท
5. ค่าอาหารว่าง บาท
6. ค่าอาหารกลางวัน บาท
7.
8.

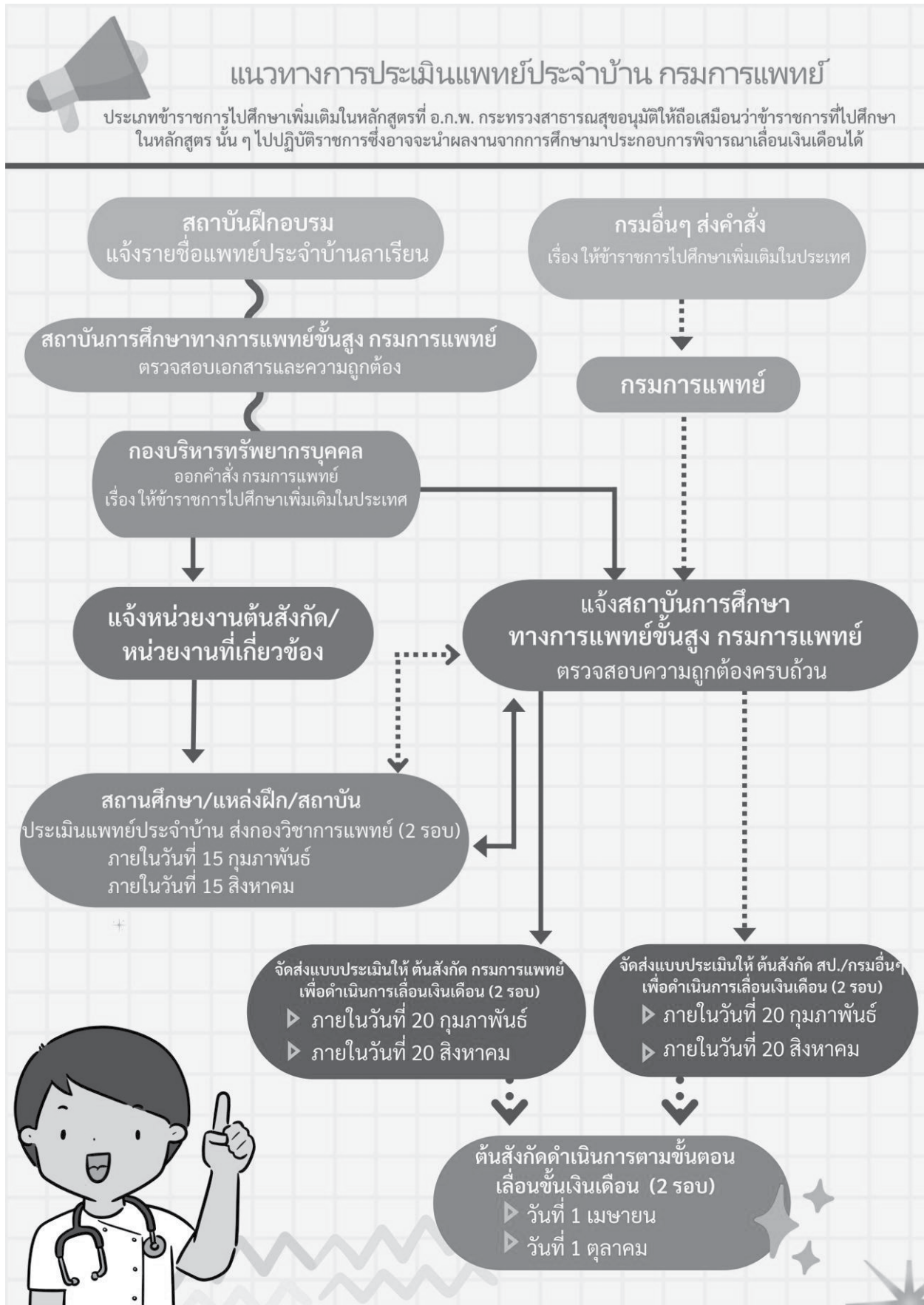
รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....บาทถ้วน) ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร รายละเอียดค่าใช้จ่ายในการสอบประเมินผลฯ



ทำเนียบศิษย์เก่า สาขา.....
 โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้าชื่อ.....
 ชื่อ-นามสกุล.....
 English Name.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 ตำบล/ แขวง.....อำเภอ/ เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่ทำงานปัจจุบัน.....
 ตำบล/ แขวง.....อำเภอ/ เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

การติดต่อ
 โทรศัพท์ที่บ้าน.....
 โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ.....
 E-mail.....

งานหลักที่ทำในปัจจุบัน (ใส่หมายเลขเรียงลำดับจากงานที่เป็นหลักที่สุด)

1.
2.
3.
4.

หมายเหตุ: ข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม ให้เป็นไปตามแต่ละสถาบันฝึกอบรมกำหนด



เอกสารแนบ 4.10

ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....
.....

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง รับรองผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

เรียน (สถาบันที่ส่งฝึกอบรม)

กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ขอรับรองว่า
นาย/ นาง/ นางสาว.....ได้ผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....
ครบถ้วน ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....ถึง.....(หลักสูตร.....ปี)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....(ที่ฝึกอบรม)

สำนักงาน/ กลุ่มงาน

โทรศัพท์

โทรสาร



เอกสารแนบ 4.11

ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง รับรองการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

เรียน (สถาบันที่ส่งฝึกอบรม)

กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ขอรับรองว่า นาย/ นาง/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... ได้เข้ารับการ
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม..... และจะสิ้นสุดหลักสูตร
การฝึกอบรมฯ ในวันที่ นี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....(ที่ฝึกอบรม)

สำนักงาน/ กลุ่มงาน

โทรศัพท์

โทรสาร



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 4.12

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่สิ้นสุดการฝึกอบรมฯ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้ดำเนินการจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
กรมการแพทย์ สาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอส่งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่ได้
สิ้นสุดการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... (หลักสูตร.....ปี) ของกรมการแพทย์
ในปีการฝึกอบรม จำนวน.....คน คือ

1. ชื่อ - สกุล..... ต้นสังกัด โรงพยาบาล.....
2. ชื่อ - สกุล..... ต้นสังกัด โรงพยาบาล.....
3. ชื่อ - สกุล..... ต้นสังกัด โรงพยาบาล.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



เอกสารแนบ 4.13

ที่

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง ขอส่งข้าราชการที่สำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน กลับต้นสังกัด

เรียน (ต้นสังกัด.....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายชื่อผู้สำเร็จการฝึกอบรมฯ

ตามที่หน่วยงานของท่านได้ส่งข้าราชการเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดของกรมการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภาและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง นั้น

บัดนี้ ข้าราชการในสังกัดของท่านได้สำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดในวันที่ 30 มิถุนายน แล้ว กรมการแพทย์จึงขอส่งข้าราชการกลับต้นสังกัด ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม เป็นต้นไป ดังรายชื่อแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

อธิบดีกรมการแพทย์/ รองอธิบดีกรมการแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย

(กรมการแพทย์ดำเนินการทำหนังสือแจ้งและส่งไปรษณีย์ให้ต้นสังกัด)

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์

โทรศัพท์ 0 250 6055

โทรสาร 0 2591 8265

ผู้ประสานงาน.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

[illegible]



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

บทที่ 5

การรับแพทย์ต่างประเทศ

5. การรับแพทย์ต่างประเทศ

5.1 การรับแพทย์ต่างประเทศเข้ามาฝึกอบรม

5.1.1 การขอวีซ่า ต่อวีซ่า ขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา

1) สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือขอวีซ่า ต่อวีซ่า ขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา สำหรับแพทย์ต่างประเทศ ไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) (เอกสารแนบ 5.1 – 5.3)

2) กลุ่มงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กองวิชาการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนาม เพื่อเสนอกรมการแพทย์ลงนาม

3) ในกรณีขอวีซ่าครั้งแรก กรมการแพทย์จะส่งไปยังกระทรวงการต่างประเทศ โดยแนบเอกสาร ดังนี้

- หนังสือรับรองการขอวีซ่า
- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)
- หนังสือตอบรับทุน

4) ในกรณีขอต่อวีซ่า กรมการแพทย์ส่งหนังสืออำนวยการความสะดวกแจ้งกลับโรงพยาบาล/สถาบัน เพื่อให้แพทย์นำหนังสือไปส่งที่กรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ โดยมีเอกสารแนบ ดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)
- หนังสือชี้แจงการขอต่อวีซ่า โดยให้แจ้งการหมดอายุของวีซ่า

5) ในกรณีขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา กรมการแพทย์ ส่งหนังสือแจ้งไปยังสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

5.1.2 การแจ้งเปลี่ยนแปลงที่พำนักในราชอาณาจักร (เอกสารแนบ 5.4)

1) สถาบันฝึกอบรมทำหนังสือแจ้งเปลี่ยนแปลงที่พำนักในราชอาณาจักรสำหรับแพทย์ต่างประเทศไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) โดยแนบหนังสือแจ้งการพำนักในราชอาณาจักรในประเทศจากโรงพยาบาล/ สถาบัน

2) กลุ่มงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กองวิชาการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนามเพื่อเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์

3) กรมการแพทย์ส่งหนังสืออำนวยการความสะดวกแจ้งกลับโรงพยาบาล/ สถาบัน เพื่อให้แพทย์นำหนังสือไปส่งที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

5.1.3 การรับแพทย์วิเทศ

1) คุณสมบัติ สิทธิของผู้เข้าอบรม และค่าธรรมเนียมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

- คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

- มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปี
- มีสำเนาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต หรือ ปริญญาอื่นหรือประกาศนียบัตรอื่นในวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเทียบเท่าปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตที่แพทยสภารับรอง
- มีสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศที่สำเร็จการศึกษา และได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้นหรือประเทศอื่นที่แพทยสภารับรองรวมกันมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และสิทธิการประกอบวิชาชีพยังมีผลใช้ได้จนถึงวันเริ่มฝึกอบรม
- เป็นผู้ไม่มีประวัติเสื่อมเสียในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยต้องมีหลักฐานรับรองการดำรงจริยธรรม (Certificate of Good Standing) จากหน่วยงานที่ออกใบอนุญาต ซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันที่เปิดรับสมัคร
- ผ่านการประเมินความรู้ความสามารถในวิชาชีพเวชกรรมจากราชวิทยาลัยและสถาบันที่เข้ารับการฝึกอบรม

- ผ่านการประเมินความรู้ภาษาไทยจากราชวิทยาลัยและสถาบันที่เข้ารับการฝึกอบรม
- มีหนังสือได้รับอนุมัติให้เข้ารับการฝึกอบรมจากผู้บังคับบัญชาสูงสุดของสถาบันที่เข้า

รับการฝึกอบรม

- มีหนังสือรับรองการทำการประกันความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้กับบริษัทประกันภัยที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเทศไทย ในวงเงินไม่น้อยกว่าที่แพทยสภากำหนด

- มีหนังสือรับรองสุขภาพและหลักฐานการประกันสุขภาพ

- มีคุณสมบัติเฉพาะอื่นๆ ตามที่ราชวิทยาลัยและสถาบันที่เข้ารับการฝึกอบรมที่จะรับแพทย์วิเทศผู้นั้นเข้าฝึกอบรมกำหนดเพิ่มเติม

- ค่าธรรมเนียมการฝึกอบรม

- ค่าสมัครเพื่อรับการคัดเลือก 300 บาท
- ค่าธรรมเนียมการฝึกอบรม ไม่เกิน 500,000 บาทต่อปี
- กรณีมีการร้องขอการสนับสนุนจากรัฐบาลของประเทศต้นทางหรือรัฐบาลไทย

สถาบันฝึกอบรม อาจพิจารณาว่าค่าธรรมเนียมการฝึกอบรมเป็นกรณีพิเศษเป็นการเฉพาะราย ตามดุลยพินิจของสถาบันฝึกอบรมนั้น

- คุณสมบัติของผู้เข้าขอสอบเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ และค่าธรรมเนียม

- ผ่านการฝึกอบรมตามกำหนดในหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการออกวุฒิบัตร

วิเทศ พ.ศ. 2560

- ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบ 2,000 บาท
- ค่าธรรมเนียมในการออกใบวุฒิบัตรวิเทศ 300 บาท
- หลักฐาน กำหนดในหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการออกวุฒิบัตรวิเทศ พ.ศ. 2560
- จัดการสอบโดยคณะกรรมการของสาขานั้นๆ ตามกำหนดในหลักเกณฑ์ วิธีการ

และเงื่อนไขการออกวุฒิบัตรวิเทศ พ.ศ. 2560

- สิทธิของผู้ผ่านการอบรม

- ได้รับวุฒิบัตรวิเทศ ที่ออกให้โดยแพทยสภา แสดงว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในสาขานั้น และผ่านการฝึกอบรมในสาขา/ อนุสาขานี้

- เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมมีความรู้ความชำนาญในสาขา/ อนุสาขานั้น แต่ไม่สามารถนำไปแสดงหรือประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้

2) การขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์วิเทศ

- สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือแจ้งการขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์วิเทศไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 5.5)

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ จัดทำหนังสือเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์แจ้งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม เพื่อพิจารณาและตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์วิเทศ

- ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม แจ้งไปยังคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ เพื่อดำเนินการตรวจประเมินสถาบันและทำรายงานการตรวจสถาบัน รวมทั้งศักยภาพ/ จำนวนแพทย์วิเทศที่อนุมัติให้เปิดฝึกอบรม

- คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ จัดทำรายงานการตรวจสถาบัน รวมทั้งศักยภาพ/ จำนวนแพทย์วิเทศที่อนุมัติให้เปิดฝึกอบรม แจ้งมายังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม (โดยพิจารณาศักยภาพจากศักยภาพรวมแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับของแต่ละสถาบัน โดยไม่เกินร้อยละ 10 ของศักยภาพดังกล่าว หรืออย่างน้อย 1 คน)

- ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม เสนอรายงานการตรวจประเมินสถาบัน รวมทั้งศักยภาพ/ จำนวนแพทย์วิเทศที่อนุมัติให้เปิดฝึกอบรมไปยังแพทยสภา

- แพทยสภาแจ้งผลการพิจารณาการขอเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทยวิเทศและจำนวนที่อนุมัติไปยังสถาบันฝึกอบรม

- หมายเหตุเอกสารแนบ เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการรับแพทยวิเทศเพื่อการฝึกอบรม ฉบับ พ.ศ. 2562 ที่แพทยสภากำหนด

3) การขออนุมัติจำนวนแพทยวิเทศที่จะขอรับประจำปีการฝึกอบรม (จำนวนแพทยวิเทศที่หลักสูตรของสถาบันฝึกอบรมจะรับได้ โดยกำหนดให้จำนวนแพทยวิเทศไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนศัลยแพทย์ที่ได้รับอนุมัติในสาขา หรืออนุสาขานั้น หรืออย่างน้อย 1 ตำแหน่ง ตามที่ระบุไว้ในประกาศแพทยสภา เรื่อง ระเบียบการรับแพทยวิเทศเพื่อการฝึกอบรม พ.ศ. 2560)

- สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือแจ้งการขออนุมัติจำนวนแพทยวิเทศที่จะขอรับประจำปีการฝึกอบรมไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 5.6)

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง กรมการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์ แจ้งราชวิทยาลัย เพื่อพิจารณาและตรวจสอบศัลยแพทย์ของสถาบันฝึกอบรม

- คณะอนุกรรมการฝึกอบรมตรวจสอบศัลยแพทย์กับจำนวนแพทยวิเทศที่จะสามารถรับได้ของสถาบันฝึกอบรม

- ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม สรุปและเสนอรายงานจำนวนที่จะขอรับแพทยวิเทศของสถาบันต่างๆ ในสาขาและอนุสาขาไปยังแพทยสภา

- แพทยสภาจัดทำข้อมูลสำหรับทำตารางแสดงจำนวนแพทยวิเทศที่แต่ละสถาบันฝึกอบรมจะสามารถรับสมัครแพทยวิเทศได้ในแต่ละสาขาและอนุสาขา

4) การรับสมัครและการคัดเลือกแพทยวิเทศเข้ารับการฝึกอบรม

- แพทยวิเทศยื่นความจำนงค์ต่อสถาบันฝึกอบรมที่จะเปิดรับแพทยวิเทศ เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือก

- สถาบันฝึกอบรมพิจารณาคุณสมบัติ ตามข้อ 5 แห่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการออกวุฒิบัตรวิเทศ พ.ศ. 2560 และเงื่อนไขเฉพาะของโรงพยาบาล/ สถาบัน และดำเนินการคัดเลือก รวมทั้งการประเมินความรู้ ความสามารถในการวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ภาษาไทย และตรวจสอบรับรองสถาบันการศึกษาที่แพทย์สำเร็จการศึกษา

- สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อแพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกพร้อมส่งหลักฐานไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง กรมการแพทย์) (เอกสารแนบ 5.7)

- สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง กรมการแพทย์จัดทำหนังสือเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์ แจ้งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม เพื่อตรวจสอบหลักฐาน คุณสมบัติ และราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ทำหนังสือส่งรายชื่อแพทยวิเทศที่ได้รับการคัดเลือกพร้อมหลักฐานต่างๆ ไปยังแพทยสภา พร้อมบันทึกข้อมูลในระบบ

- คณะกรรมการแพทยสภาพิจารณาอนุมัติในที่ประชุมของแพทยสภา โดยมีกำหนดพิจารณา 2 รอบ/ เดือน คือ ทุกวันพุธที่ 1 ของทุกเดือน และวันพฤหัสบดีที่ 2 ของทุกเดือน พร้อมทั้งแจ้งผลกลับราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม และกรมการแพทย์

5) เอกสารที่ใช้ประกอบการรับแพทยวิเทศ มีดังนี้

- สำเนาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตหรือปริญญาอื่นหรือประกาศนียบัตรอื่นในวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเทียบเท่าปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตที่แพทยสภารับรอง

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศที่สำเร็จการศึกษาและได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้น หรือประเทศอื่นที่แพทยสภารับรอง รวมกันมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และสิทธิการประกอบวิชาชีพยังมีผลใช้ได้จนถึงวันเริ่มฝึกอบรม

- หลักฐานรับรองการดำรงจริยธรรม (certificate of good standing) จากหน่วยงานที่ออกใบอนุญาต มีอายุไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันที่สมัคร
- หนังสือรับรองการทำการประกันความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่ทำไว้กับบริษัทประกันภัยที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเทศไทย ในวงเงินไม่น้อยกว่า 100,000 บาท
- หนังสือรับรองสุขภาพและหลักฐานการประกันสุขภาพ
- หนังสือรับรองว่าผ่านการประเมินความรู้ความสามารถในวิชาชีพเวชกรรมจากราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม และสถาบันที่เข้ารับการฝึกอบรม
- หนังสือรับรองว่าผ่านการประเมินความรู้ภาษาไทยจากราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม และสถาบันที่เข้ารับการฝึกอบรม
- หลักฐานการได้รับอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมจากผู้บังคับบัญชาสูงสุดของสถาบันที่เข้ารับการฝึกอบรมนั้น
- ค่าธรรมเนียมการฝึกอบรม ยกเว้นกรณีร้องขอการสนับสนุนจากรัฐบาลของประเทศต้นทางหรือรัฐบาลไทย

หมายเหตุ เมื่อแพทยสภาแจ้งผลการรับแพทย์วิเทศแล้ว สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือแจ้งไปยังแพทยสภาเพื่อชำระค่าธรรมเนียมการขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวให้แก่แพทย์วิเทศในกรณีแพทย์วิเทศที่ได้ทุน Government 2 Government (G2G) ให้สถาบันฝึกอบรมทำหนังสือแจ้งการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวของแพทย์ G2G ไปยังกรมการแพทย์ เพื่อแจ้งกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ (เฉพาะบางสาขา)

ทั้งนี้สามารถศึกษารายละเอียดเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมแพทย์วิเทศเพิ่มเติมได้จาก

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
 2. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการออกวุฒิบัตรวิเทศ พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 หรือที่มีประกาศอัปเดตเพิ่มเติม
 3. ประกาศแพทยสภาที่ 134/2560 เรื่อง ระเบียบการรับแพทย์วิเทศเพื่อการฝึกอบรม พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2560 หรือที่มีประกาศอัปเดตเพิ่มเติม
 4. ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยอัตราค่าธรรมเนียมนอกเหนือจากที่ประกาศท้ายกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2560 หรือที่มีประกาศอัปเดตเพิ่มเติม
 5. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2552 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 หรือที่มีประกาศอัปเดตเพิ่มเติม
 6. แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการรับแพทย์วิเทศเพื่อการฝึกอบรม ฉบับ พ.ศ. 2562 หรือที่มีประกาศอัปเดตเพิ่มเติม
- โดยมีรายละเอียดตาม qr code แนบท้าย



5.2 การรับแพทย์/ ที่ปรึกษา/ ผู้เชี่ยวชาญ ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ และประสงค์เข้ามาทำหัตถการหรือให้ความรู้แก่แพทย์ในประเทศไทย

5.2.1 สถาบันฝึกอบรมทำหนังสือขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์) ทั้งนี้

ขอให้ทำหนังสือแจ้งไปยังกรมการแพทย์ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 2 - 3 เดือน (เอกสารแนบ 5.8) เพื่อให้ทันต่อรอบการพิจารณาของแพทยสภา และก่อนการเข้ามาทำหัตถการในประเทศไทย

5.2.2 สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์แจ้งไปยังแพทยสภา

5.2.3 แพทยสภาพิจารณาการออกใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว โดยวันพฤหัสบดีแรกของทุกเดือน เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการบริหารของแพทยสภา และในวันพฤหัสบดีที่ 2 ของทุกเดือน เข้าร่วมประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว และแจ้งผลไปยังกรมการแพทย์เพื่อแจ้งโรงพยาบาล/ สถาบัน

5.2.4 หนังสือขออนุมัติต้องมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

1) โครงการที่จำเป็นต้องมีที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญ ให้มีการระบุสถานที่ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

2) ชื่อที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรมตรงกับหนังสือเดินทาง หากเป็นหนังสือเดินทางฉบับภาษาไทยให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3) ชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่รับผิดชอบตลอดเวลาที่ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญนั้นมาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

4) ชื่อแพทย์ที่มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา ซึ่งเป็นผู้ดูแลและรับผิดชอบตลอดเวลาที่ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญนั้นประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

5) เอกสารแสดงคุณสมบัติของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญและหลักฐานอื่นๆ พร้อมลงนามรับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ขออนุมัติ ประกอบด้วย

- สำเนาแสดงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ยังไม่หมดอายุจากต่างประเทศ
- รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 1 ปี)
- รูปถ่ายหน้าพาสปอร์ตที่เป็นปัจจุบัน
- ประวัติการศึกษา/ การทำงาน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)

6) หนังสือหรือคำสั่งแต่งตั้งให้ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ เป็นเจ้าหน้าที่/ พนักงานของรัฐ

7) ในกรณีมิได้เป็นเจ้าหน้าที่/ พนักงานของรัฐ ต้องมีหนังสือรับรองความรับผิดชอบ หากเกิดความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญ ลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน และ/ หรือ ผู้มีอำนาจของหน่วยงานในการทำนิติกรรม (หน่วยงานที่ขออนุญาตต้องรับผิดชอบ)

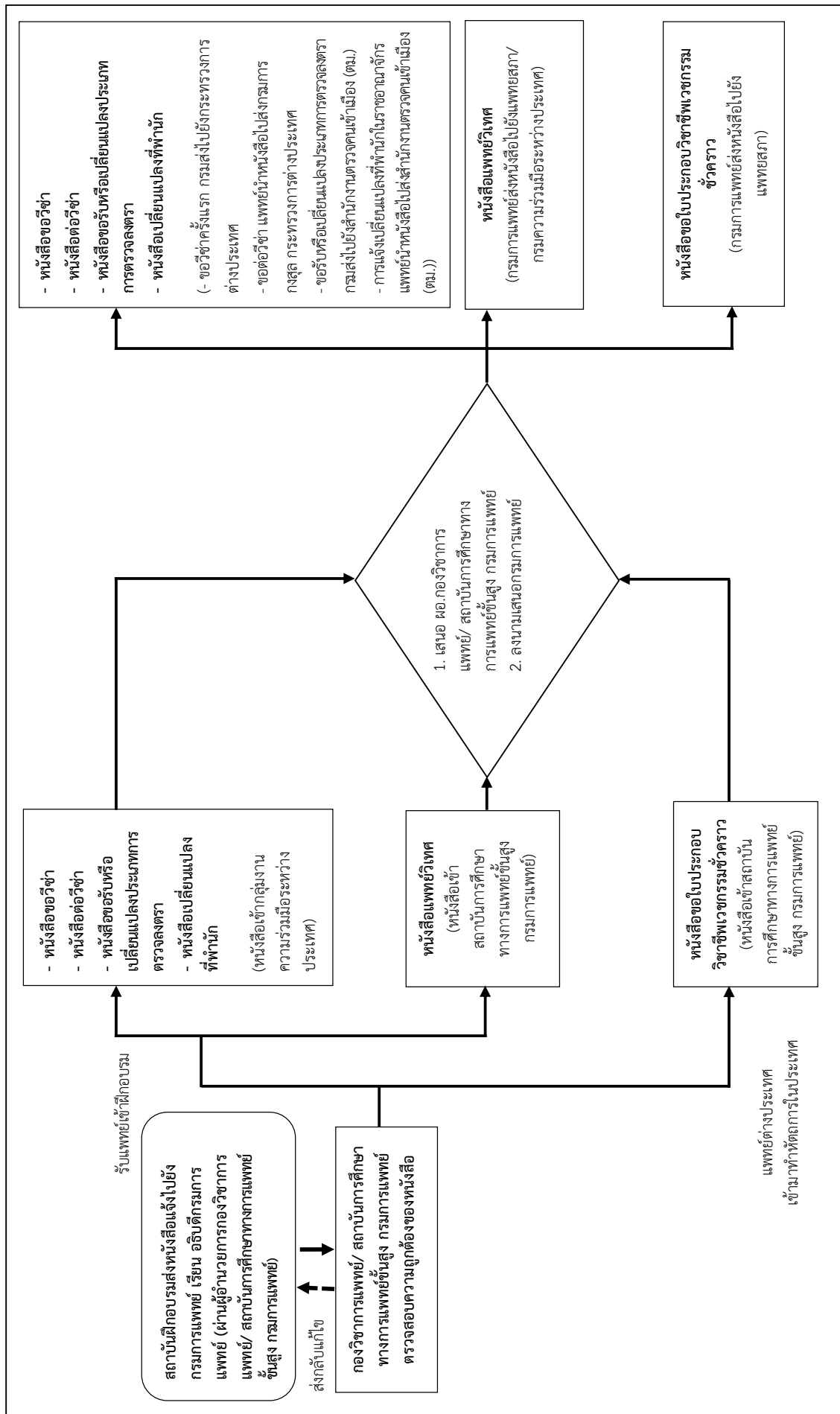
ทั้งนี้ หน่วยงานและแพทย์ผู้ควบคุมดูแล ต้องร่วมรับผิดชอบในการชดเชยค่าเสียหาย หากมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ซึ่งหน่วยงานและแพทย์ผู้ควบคุมดูแลต้องรับผิดชอบทางแพ่ง ความผิดทางอาญาให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยเป็นความผิดเฉพาะตัว

8) เอกสารการประกันความเสียหายสำหรับผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญตามที่แพทยสภาพิจารณากำหนด

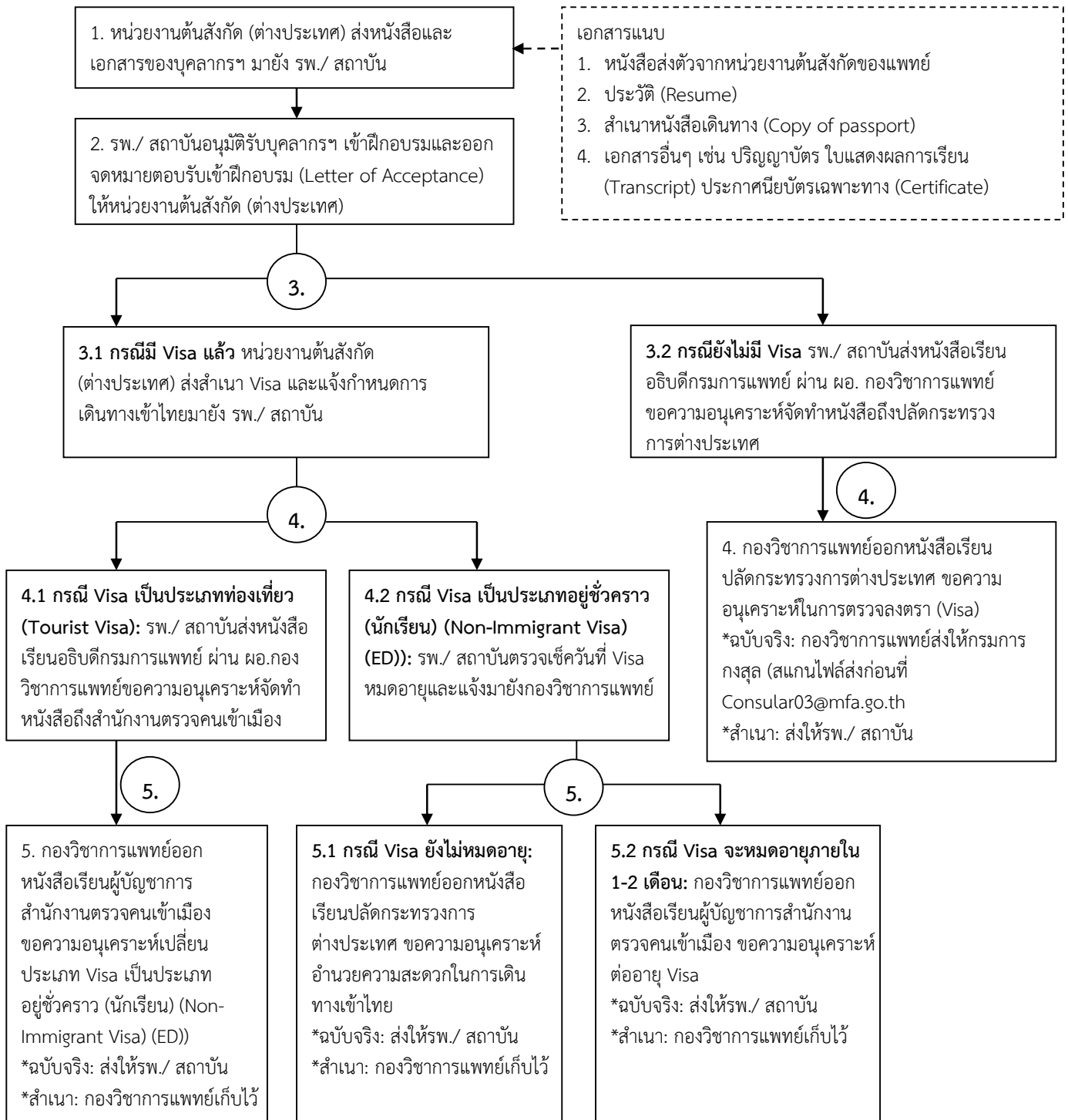
9) ค่าธรรมเนียมการขอหนังสือรับรองการประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว ในอัตรา 2,000.- บาท/ คน/ ครั้ง ชำระผ่านทางธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากะทรวงสาธารณสุข บัญชี แพทยสภา เลขที่ 340-2-01174-4 พร้อมแนบสลิปการโอนเงินมาด้วย

เอกสารอ้างอิง ประกาศแพทยสภา ที่ 60/2566 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 เรื่อง เงื่อนไขการขออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ

ขั้นตอนการจัดส่งหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการรับแพทย์ต่างประเทศ



**ขั้นตอนการรับบุคลากรทางการแพทย์จากต่างประเทศเข้าฝึกอบรม/ ดูงาน ณ โรงพยาบาล/
สถาบันในสังกัดกรมการแพทย์**



ขอ Visa ทำล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน เอกสารแนบ 1. Passport 2. ขอ Visa ที่ไหน 3. หนังสือตอบรับจากสถาบัน 4. หลักสูตร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขออนุญาตความสะดวกในการตรวจลงตรา (Visa) ให้แก่แพทย์ประเทศ.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้อนุมัติให้.....เข้ามารับการ
ฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....เป็นระยะเวลา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....
ถึง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....โดยใช้งบประมาณของ.....นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....จึงขอความอนุเคราะห์จากกระทรวง
การต่างประเทศ ประสานสถานกงสุลกิตติมศักดิ์ ณ.....เกี่ยวกับการตรวจลงตรา (Visa)
ให้แก่แพทย์รายดังกล่าว (หมายเลขหนังสือเดินทาง.....) เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำ
บ้านสาขาดังกล่าวข้างต้นในราชอาณาจักรไทยตามความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งกระทรวงการต่างประเทศต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: เอกสารแนบ

- หนังสือรับรองการขอวีซ่า (ในกรณีขอวีซ่าครั้งแรก)
- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)
- หนังสือตอบรับทุน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขอต่อยุวีซ่าในราชอาณาจักรไทยให้แก่แพทย์ประเทศ.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/สถาบัน.....ได้รับ.....แพทย์จากประเทศ.....

เข้ามารับการฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....เป็นระยะเวลา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....

ถึง.....โรงพยาบาล/สถาบัน.....

เนื่องจากวีซ่าของ.....จะครบกำหนดในวันที่.....

โรงพยาบาล/สถาบัน.....จึงขอความอนุเคราะห์จากกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ

พิจารณาต่ออายุวีซ่าให้.....พำนักอยู่ในราชอาณาจักรไทยต่อไป ตั้งแต่วันที่.....

เพื่อให้การฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้นเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศด้วย

จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน.....

หมายเหตุ: เอกสารแนบ

- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)
- หนังสือชี้แจงการขอต่อยุวีซ่า โดยให้แจ้งการหมดอายุของวีซ่า



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา (Visa) ให้แก่แพทย์ประเทศ.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ได้รับ.....แพทย์จากประเทศ.....เข้ามารับการฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....เป็นระยะเวลา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองพิจารณาเกี่ยวกับการขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา ให้แก่.....จากประเภทการท่องเที่ยวเป็นวีซ่านักเรียน เพื่อให้แพทย์รายดังกล่าวพำนักอยู่ในราชอาณาจักรไทยต่อไปได้จนเสร็จสิ้นการฝึกอบรม ในวันที่..... ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: เอกสารแนบ

- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)
- สำเนาเอกสารการตรวจลงตราประเภทการท่องเที่ยว



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งแพทย์วิเทศเปลี่ยนแปลงที่พำนักรักษา

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่โรงพยาบาล/ สถาบัน ได้รับ.....แพทย์ประจำบ้านวิเทศ
เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ แสดงความรู้ ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา
ประจำปีการฝึกอบรม.....หลักสูตร.....ปี.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน ขอแจ้งให้ทราบว่าแพทย์.....แพทย์วิเทศมีความประสงค์
ขอเปลี่ยนแปลงที่พำนักรักษา จากเดิม.....เป็น.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: เอกสารแนบ - หนังสือแจ้งการพำนักรักษาในราชอาณาจักรในประเทศ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเป็นสถานประกอบการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ สาขา/อนุสาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วย โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีความประสงค์ขอเปิดเป็นสถานประกอบการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ สาขา/ อนุสาขา.....ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....เป็นต้นไป

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....จึงขออนุมัติเปิดเป็นสถานประกอบการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ สาขา/อนุสาขา.....ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และขอให้ราชวิทยาลัย ได้ดำเนินการตรวจประเมินสถาบัน รวมทั้งศักยภาพ/ จำนวนแพทย์วิเทศ ในการฝึกอบรม ของ.....(ระบุชื่อสถาบัน / โรงพยาบาล)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: เอกสารแนบ – หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขออนุมัติจำนวนแพทย์วิเทศที่จะเข้ารับการฝึกอบรมสาขา/ อนุสาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่แพทยสภาอนุมัติให้โรงพยาบาล/ สถาบัน.....เป็นสถาบันฝึกอบรม
เพื่อวุฒิบัตรแพทย์วิเทศ สาขา/ อนุสาขา..... ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....เป็นต้นมา
และมีศักยภาพรับแพทย์วิเทศได้ปีละไม่เกิน.....ตำแหน่ง นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีความประสงค์จะขอรับแพทย์วิเทศ เพื่อวุฒิบัตร
วิเทศที่จะเข้ารับการฝึกอบรม สาขา/ อนุสาขาดังกล่าว จำนวน..... ตำแหน่ง ในปีการฝึกอบรม.....
รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ: เอกสารแนบ – หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้
ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง รายงานผลการคัดเลือกแพทย์วิเทศที่จะเข้าฝึกอบรม สาขา/ อนุสาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ตามที่แพทยสภาได้ประกาศรับสมัครแพทย์วิเทศ ประจำปีการฝึกอบรม.....
โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รับอนุมัติให้เป็นสถาบันฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ สาขา/ อนุสาขา..... นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รับอนุมัติแพทย์วิเทศ สาขา/ อนุสาขา.....จำนวน.....
.....ตำแหน่ง มีผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม..... ดังนี้

1. ชื่อ - สกุล.....จากประเทศ.....ทุนรัฐบาล/ อิสระ
2. ชื่อ - สกุล.....จากประเทศ.....ทุนรัฐบาล/ อิสระ

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ ทั้งนี้ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์ดังกล่าวแล้วพบว่าครบถ้วน
ตามข้อกำหนดของแพทยสภา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

(ตัวอย่างเอกสารแนบ) รายชื่อแพทย์ประจำบ้านสาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....

ลำดับ	คำ นำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	เลขที่ใบประกอบ วิชาชีพ	เลขที่บัตรประชาชน	ต้นสังกัด
1	นาย	สมชาย	รักการเรียน	ว. 12345	1 2345 66790 98 9	โรงพยาบาลชลบุรี
2	นางสาว	สมหญิง	ภาคเพียร	ว. 67890	2 2211 55444 58 4	อิสระ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน/ ประธานสาขา.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 5.8

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์)

ด้วย โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีความประสงค์ขอเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
รายนาม จาก.....เพื่อ.....ในวันที่
เวลา..... ณ

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....จึงขอส่งเอกสารของ.....
เพื่อขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ
มาพร้อมนี้ เพื่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- สำเนาแสดงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ยังไม่หมดอายุจากต่างประเทศ
- รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 1 ปี)
- รูปถ่ายหน้าพาสปอร์ตที่เป็นปัจจุบัน
- ประวัติการศึกษา/ การทำงาน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

บทที่ 6

การตรวจประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ สถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (WFME)

6. การตรวจประเมินเพื่อรับรองคุณภาพสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (WFME)

การประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล/ สถาบันฝึกอบรม ตามเกณฑ์การประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านที่แพทยสภากำหนด ให้พิจารณาทุก 5 ปี โดยมีแนวทางปฏิบัติเพื่อรับการตรวจประเมินคุณภาพสถาบันฝึกอบรมและเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ดังนี้

6.1 สถาบันฝึกอบรมที่มีความประสงค์จะขอรับการตรวจประเมินแผนงานฝึกอบรม ให้ส่งรายงานการประเมินตนเอง (Self-assessment report: SAR) ตามองค์ประกอบของการประเมินพร้อมกับ submit organization profile, มคอ.2 และ มคอ.3 ไปยังราชวิทยาลัยที่กำกับดูแลการฝึกอบรมแต่ละสาขา เพื่อขอตรวจประเมินคุณภาพไม่น้อยกว่า 1 เดือนก่อนวันประเมิน (ประสานกับราชวิทยาลัยเกี่ยวกับวันที่ตรวจประเมิน)

6.2 จัดทำกำหนดการตรวจประเมิน

6.3 เตรียมสถานที่

6.4 เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถาบันฝึกอบรม เช่น

สาขาดำเนินการ	ส่วนกลางของสถาบันฝึกอบรมดำเนินการ
1. แบบประเมินระหว่างการศึกษา	1. คู่มือแพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาล
2. แบบประเมินหลังการศึกษา	2. ตารางการปฐมฤกษ์ของโรงพยาบาลและกรม
3. หนังสือส่งตัวภายใน/ ภายนอก	3. สวัสดิการต่างๆ เช่น หอพัก ห้องสมุด
4. ตารางเวร/ Activity/ ภาพประกอบ	4. คำสั่งค่าตอบแทน/ ค่าเวร/ ค่าจ้างแพทย์
5. คะแนนสอบภายใน	5. รายงานการประชุมประจำปี
6. เกณฑ์การผ่านชั้นปี	6. สถิติข้อมูลผู้ป่วย
7. หลักฐานการลงคะแนน CME	7. เว็บไซต์โรงพยาบาล
8. หลักฐานการปรับเงินเดือน	8. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฝึกอบรม
9. หลักฐานการผ่านแพทยศาสตรศึกษาของอาจารย์แพทย์	แพทย์ประจำบ้าน
10. หลักฐานการประเมิน EPA	9. รายงานการประชุมตรวจสอบภายใน/ คำสั่ง
	คณะกรรมการตรวจสอบภายใน
	10. MOU การศึกษา
	11. การพิจารณาความผิดแพทย์ประจำบ้าน
	12. ผลงานการวิจัย

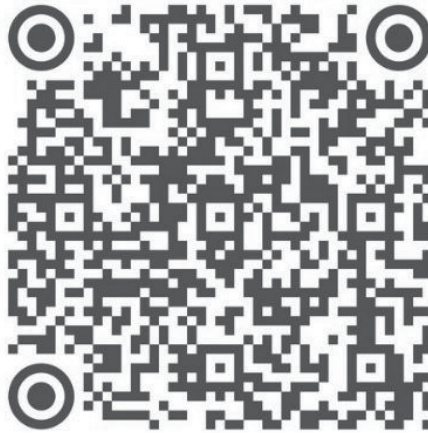
หรือเอกสารอื่นๆ เพิ่มเติมตามที่แพทยสภากำหนด

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถาบันฝึกอบรมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐานเวชบัณฑิตศึกษา (PGCME) ของสหพันธ์แพทยศาสตรศึกษาโลก (WFME) โดยสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

(1) ประกาศแพทยสภา ที่ 79/2565 เรื่อง กรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 13 กันยายน 2565

(2) สามารถดาวน์โหลดเอกสารคำแนะนำการปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตามเกณฑ์ WFME ได้ที่เว็บไซต์ แพทยสภา/ ศูนย์เวชบัณฑิตศึกษาแห่งประเทศไทย <https://tmc.or.th/tcgme/Pages/>

โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมตาม qr code แนบท้าย





กรมการแพทย์
Department of Medical Services

บทที่ 7

แนวทางการเขียนโครงการเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง

7. แนวทางการเขียนโครงการเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง กรมการแพทย์

7.1 แนวทางและหลักเกณฑ์การเขียนโครงการ

เพื่อให้การจัดทำงบประมาณโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของโครงการต่อการปิดช่องว่างของเป้าหมายในแต่ละระดับ ขอให้หน่วยงานจัดทำโครงการเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาและสนับสนุนการเรียนการสอนแพทย์/ทันตแพทย์ประจำบ้าน แพทย์/ทันตแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของสาขาและสถาบันฝึกอบรม ตลอดจนให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนย่อยภายใต้แผนแม่บท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ นโยบายสำคัญของรัฐบาล และตอบสนองต่อเป้าหมายและยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ และเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในแต่ละระดับ การเขียนโครงการ เป็นการเขียนเพื่อประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรม/งานให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามแผนงานที่วางไว้ให้เหมาะสมกับระยะเวลาและงบประมาณที่ตั้งไว้ เพื่อช่วยให้หน่วยงานสามารถวางแผนการใช้งบประมาณได้อย่างถูกต้องตามระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการเขียนโครงการและองค์ประกอบของโครงการ ดังนี้

ชื่อโครงการ

ชัดเจน เหมาะสม เข้าใจได้โดยง่าย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมการดำเนินงาน และต้องระบุปีงบประมาณให้สอดคล้องกับปัจจุบันที่ขออนุมัติดำเนินการ

ตัวอย่าง โครงการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านสาขา..... ประจำปีงบประมาณ 2568

1. ความเชื่อมโยง/ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์แต่ละระดับ

ระบุถึงความเชื่อมโยงความสอดคล้องและตอบสนองต่อ

- ยุทธศาสตร์ชาติ ระบุ ยุทธศาสตร์ชาติด้าน เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ และประเด็นยุทธศาสตร์ชาติ
- แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระบุ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประเด็น เป้าหมาย

ระดับประเด็นแผนแม่บทฯ แผนย่อยของแผนแม่บทฯ และเป้าหมายแผนแม่บทย่อย

- แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (เลือกความสอดคล้อง)
- แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์ ระบุ เป้าประสงค์ แผนปฏิบัติราชการเรื่อง กลยุทธ์ ตัวชี้วัด

และโครงการกรมฯ

- แผนปฏิบัติราชการ (หน่วยงาน)

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

- ระบุหน่วยงานต้นสังกัดที่จัดทำโครงการ และสาขา/ กลุ่มงานที่รับผิดชอบโครงการ
- ระบุถึงหน่วยงานที่มีอำนาจในการอนุมัติโครงการ
- ในกรณีเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต้องระบุชื่อหน่วยงานร่วมบูรณาการหรือสนับสนุน

ตัวอย่าง

หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ: โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มงานอายุรศาสตร์

หน่วยงานร่วมบูรณาการ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และกองบริหารการคลัง

3. ผู้รับผิดชอบโครงการ

- ระบุชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ
- ระบุชื่อผู้ประสานงาน
- ระบุเบอร์โทรศัพท์มือถือ และเบอร์ที่ทำงาน
- ระบุ E-mail ในการประสานเพื่อรับ - ส่งข้อมูล

เพื่อการติดต่อประสานงานในประเด็นที่เร่งด่วน การประสานชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม และการติดตามและประเมินผล เป็นต้น

4. หลักการและเหตุผล

- ต้องแสดงถึงปัญหาความจำเป็นในการเรียนการสอนหรือการพัฒนาและสนับสนุนการฝึกอบรม
- อธิบายว่าจะทำอะไรและสิ่งที่ทำส่งผลอย่างไรต่อการบรรลุเป้าหมายของแผนและตัวชี้วัดในแต่ละระดับ
- อธิบายความต้องการที่ต้องมีการจัดทำโครงการขึ้นเพื่อแก้ปัญหาและปิดช่องว่างของปัญหา (GAP)
- อธิบายสถานการณ์และข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น รวมถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น งานวิจัย ข้อมูลตัวเลข สถิติ หรืออื่นๆ (ไม่ใช่การกล่าวอ้าง) เพื่อสนับสนุนการจัดทำโครงการอย่างชัดเจน
- อธิบายข้อจำกัดหากไม่ทำโครงการนี้จะเกิดอะไรขึ้น

5. วัตถุประสงค์

เป็นเครื่องชี้แนวทางในการดำเนินงานของโครงการ โดยวัตถุประสงค์จะเป็นข้อความที่แสดงถึงความต้องการที่จะกระทำการต่างๆ ภายในโครงการให้ปรากฏเป็นรูปธรรม สามารถวัดและประเมินผลได้ แต่ละโครงการมีวัตถุประสงค์มากกว่า 1 ข้อได้ ในการเขียนวัตถุประสงค์ควรคำนึงถึง

- ต้องระบุสิ่งที่ต้องการดำเนินงานอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจงมากที่สุด
- สามารถวัดและประเมินผลได้
- สอดคล้องกับความเป็นจริง มีความเป็นไปได้ ในการดำเนินโครงการ
- มีขอบเขตของเวลาที่แน่นอนในการปฏิบัติงาน
- มีความเป็นเหตุเป็นผลในการปฏิบัติ สอดคล้องกับหลักการและเหตุผล

คำที่ควรใช้: เพื่อแก้ปัญหา เพื่อปรับปรุง เพื่ออธิบายถึง เพื่อจำแนกแยกแยะ เพื่อกำหนดรูปแบบ

คำที่ควรหลีกเลี่ยง: เพื่อเข้าใจถึง เพื่อทราบถึง เพื่อคุ้นเคยกับ เพื่อหาข้อซึ่งใน เพื่อรู้ซึ่งถึง เพื่อสนใจใน เพื่อเคยชินกับ เพื่อยอมรับใน เพื่อเชื่อถือใน เพื่อสำนึกใน

6. สถานที่ดำเนินการ

ระบุสถานที่จัดทำโครงการหรือกิจกรรมให้ชัดเจนว่าเป็น สถานที่รัฐหรือเอกชน (ต้องสอดคล้องกับกิจกรรมและอัตราตัวคูณค่าใช้จ่าย)

7. กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย (ต้องสอดคล้องกับกิจกรรมและอัตราตัวคูณค่าใช้จ่าย)

7.1 กลุ่มเป้าหมาย

ระบุผู้ที่ได้รับผลลัพธ์หรือบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินโครงการ เช่น

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| 1. อาจารย์แพทย์ | จำนวน คน |
| 2. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ | จำนวน คน |
| 3. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ | จำนวน คน |
| 4. เจ้าหน้าที่คุมสอบ | จำนวน คน |
| 5. | จำนวน คน |

โดยกลุ่มเป้าหมายของกรมการแพทย์มีทั้งภายนอกและภายใน ควรระบุให้ชัดเจน เช่น อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านสาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา และหากมีหลายกิจกรรมและคนละกลุ่มเป้าหมายให้ระบุกลุ่มเป้าหมายเพิ่มในรายการค่าใช้จ่ายแต่ละกิจกรรม

7.2 พื้นที่เป้าหมาย

ระบุพื้นที่ที่โครงการ/กิจกรรม ต้องการพัฒนา แก้ไขปัญหา ปิดช่องว่างของปัญหา ตามวัตถุประสงค์ เช่น เขตสุขภาพที่..... ชื่อสถานพยาบาล.....จังหวัด เป็นต้น

8. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

ระบุระยะเวลาดังแต่เริ่มต้นโครงการจนสิ้นสุดโครงการว่าใช้เวลาทั้งหมดเท่าใด ระบุ วัน เดือน ปี ที่เริ่มทำและสิ้นสุด หากเป็นโครงการระยะยาว ต่อเนื่องและมีหลายระยะก็ต้องแสดงช่วงเวลาในแต่ละระยะของโครงการนั้นด้วย เพื่อเป็นรายละเอียดประกอบการพิจารณา อนุมัติโครงการ ควรระบุให้สอดคล้องกับกิจกรรม และระยะเวลาที่ระบุต้องไม่เกิดขึ้นก่อนการส่งขออนุมัติโครงการและโครงการอนุมัติ

ตัวอย่าง

- ระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ จำนวน ปี พ.ศ. ถึง พ.ศ.
- ระยะเวลาในการดำเนินการ ปีงบประมาณ 25... วันที่ ... เดือน...ปี ... ถึง วันที่ ... เดือน...ปี ... (ระบุวัน เดือน ปี) และหรืออธิบายเพิ่มเติม ดังนี้
กิจกรรมที่..... วันที่ ... เดือน...ปี ... ถึง วันที่ ... เดือน...ปี ...
- ไม่ระบุระยะเวลาการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน (ในปีงบประมาณที่ดำเนินการ)

9. แผนการดำเนินงาน กิจกรรมและงบประมาณ

การระบุแผนการดำเนินงาน กิจกรรมและงบประมาณเพื่อใช้ปฏิบัติให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยแสดงให้เห็นตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ ว่ามีกิจกรรมใดที่จะต้องทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ต้องสะท้อนความเป็นไปได้ในการส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโครงการฯ ขั้นตอนของกิจกรรมต้องมีความสมเหตุสมผล และสอดคล้องกัน ตลอดจนงบประมาณ ที่คาดว่าจะใช้ในการดำเนินกิจกรรม ต้องมีความเหมาะสมและคุ้มค่า โดยระบุ ดังนี้

- ระบุกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง โดยให้เขียนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนแพทย์ อันดับแรก และตามด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมและการจัดประชุม

- ระบุกิจกรรมแยกประเภทให้สอดคล้องตามระเบียบกรรมการแพทย์ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ปี พ.ศ. 2562 เช่น กิจกรรมการเรียนการสอน การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน การปฐมนิเทศ ปัจฉินิเทศ การประเมินผล การพัฒนาหลักสูตร การอบรม พัฒนาทักษะเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากในหลักสูตร การประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้อง การฝึกอบรมและปฏิบัติงาน ณ ภายนอกสถาบัน (elective)

- เดือนที่เริ่มทำกิจกรรมกับสิ้นสุดกิจกรรมต้องสอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินการที่ระบุไว้ในโครงการ

- ต้องระบุเครื่องหมาย * ในเดือนที่จัดทำกิจกรรม

- กิจกรรมที่ใช้งบประมาณ ต้องระบุตัวเลขงบประมาณในเดือนที่จัดทำกิจกรรม

- ต้องระบุยอดรวมวงเงินงบประมาณ

- ขั้นตอนของกิจกรรมต้องมีความสมเหตุสมผล และสอดคล้องกัน ตลอดจนงบประมาณ ที่คาดว่าจะใช้ในการดำเนินกิจกรรม ต้องมีความเหมาะสมและคุ้มค่า

ตัวอย่าง

กิจกรรม	ปีงบประมาณ (ใส่เครื่องหมาย * และวงเงิน ในเดือนที่ดำเนินการ)												รวม (บาท)
	ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4			
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
กิจกรรมที่ 1: กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน													
1.1 ค่าตอบแทน การสอน		*	*	*	*	*	*	*	*				80,000
		(10,000)	(10,000)	(10,000)	(10,000)	(10,000)	(10,000)	(10,000)	(10,000)				
1.2 ค่าตอบแทนใน การออกข้อสอบ					*								10,000
					(10,000)								
1.3 ค่าตอบแทนใน การพิจารณา คัดเลือกข้อสอบ						*							10,000
						(10,000)							
1.4 สอบคัดเลือก แพทย์ประจำบ้าน			*										
			(10,000)										
กิจกรรมที่ 2 : ประ ชุม คณะกรรมการ พิจารณาเกณฑ์การ คัดเลือกแพทย์ ประจำบ้าน		*											10,000
		(10,000)											
กิจกรรมที่ 3 : การ ปฐมนิเทศแพทย์ ประจำบ้านสาขา....										*			30,000
										(30,000)			
กิจกรรมที่ 4 : การ ปัจฉินิเทศแพทย์ ประจำบ้านสาขา....									*				30,000
									(30,000)				
รวมวงเงิน (บาท)		20,000	20,000	10,000	20,000	20,000	10,000	10,000	40,000	30,000			180,000

10. รายละเอียดงบประมาณของโครงการ

- ระบุแหล่งที่มาของงบประมาณ เช่น งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ (ระบุหมวดงบ) เงินกู้ยืมกลางประเทศ เงินบำรุงแผนปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง งบประมาณสนับสนุนจากแหล่งอื่น เป็นต้น
- ต้องแสดงรายละเอียดค่าใช้จ่ายรายการกิจกรรม ตามระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ปี พ.ศ. 2562 และระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่าง

โดยเบิกจ่ายจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (งบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง) จำนวน 391,260 บาท (สามแสนเก้าหมื่นหนึ่งพันสองร้อยหกสิบบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดค่าใช้จ่ายรายการกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม	งบประมาณ (บาท)
กิจกรรมที่ 1 : กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน	
1.1 ค่าตอบแทนการสอน	
ภาคทฤษฎี	
- ค่าตอบแทนการสอนกรณีผู้สอนเป็นข้าราชการ (400 บาท x 10 คน x 2 ชม. x 30 วัน)	240,000
- ค่าตอบแทนการสอนกรณีผู้สอนไม่ได้เป็นข้าราชการ (800 บาท x 3 คน x 2 ชม. x 10 วัน)	48,000
ภาคปฏิบัติ	
- ค่าตอบแทนการสอนกรณีผู้สอนเป็นข้าราชการ (200 บาท x 3 คน x 2 ชม. x 30 วัน)	36,000
- ค่าตอบแทนการสอนกรณีผู้สอนไม่ได้เป็นข้าราชการ (400 บาท x 3 คน x 2 ชม. x 10 วัน)	24,000
1.2 ค่าตอบแทนในการสอบคัดเลือก	
- ค่าตอบแทนกรรมการสอบสัมภาษณ์ (1,000 บาท x 10 คน x 3 ครั้ง)	30,000
- ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่คุมสอบ (500 บาท x 2 คน x 3 ครั้ง)	3,000
รวมกิจกรรมที่ 1	33,000
กิจกรรมที่ 2 : ประชุมคณะกรรมการพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา...	
- ค่าอาหารกลางวัน (120 บาท x 20 คน x 1 มื้อ x 1 วัน)	2,400
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (35 บาท x 20 คน x 2 มื้อ x 1 วัน)	1,400
รวมกิจกรรมที่ 2	3,800
กิจกรรมที่ 3 : การปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน สาขา....	
กลุ่มเป้าหมาย: ประธาน 1 คน แขกผู้มีเกียรติ: อาจารย์แพทย์ 10 คน ผู้เข้าร่วมการอบรม: แพทย์ประจำบ้าน 4 คน คณะทำงาน 2 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน	
- ค่าอาหารกลางวัน (120 บาท x 17 คน x 1 มื้อ x 2 วัน)	4,080
- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (35 บาท x 17 คน x 2 มื้อ x 2 วัน)	2,380
รวมเงินกิจกรรมที่ 3	6,460
รวมวงเงินทั้งสิ้น	391,260

หมายเหตุ ขอถัวเฉลี่ยค่าใช้จ่ายภายในกิจกรรมทุกรายการและจำนวนคน

11. ความเสี่ยงในการดำเนินโครงการ

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่ผลผลิตของการดำเนินงานโครงการไม่บรรลุผลลัพธ์ ดังนั้นเพื่อสร้างหลักประกันว่าการของงบประมาณของส่วนราชการ มีความครอบคลุม รัศภูมิโดยคำนึงถึงมาตรการป้องกันและแก้ไขโอกาสผิดพลาดหรือความเสี่ยงเป็นการล่วงหน้า ตามคำอธิบาย และเพื่อให้โครงการที่ดำเนินงานของกรมการแพทย์ทุกโครงการ มีการประเมินความเสี่ยงการดำเนินงานโครงการที่ส่งผลกระทบเชิงลบมีผลให้โครงการไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยประเด็นความเสี่ยงแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

ประเด็นความเสี่ยง	ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	มาตรการควบคุมความเสี่ยง
1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)		
2. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)		
3. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)		
4. ความเสี่ยงด้านกฎหมาย หรือ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Risk)		

12. การติดตามและประเมินผลโครงการ

เป้าหมาย

- เป้าหมายเชิงผลผลิต (Output): ระบุผลที่จะได้จากการดำเนินโครงการฯ โดยตรงเมื่อสิ้นสุดโครงการฯ โดยผลผลิตจะต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะเกิดของโครงการฯ
- เป้าหมายเชิงผลลัพธ์ (Outcome): ระบุผลที่ได้รับจากเป้าหมายเชิงผลผลิต ซึ่งอาจเป็นผลระยะยาวที่เกิดขึ้นหลังจากช่วงระยะเวลาหนึ่งไปแล้ว และเป็นจุดหมายปลายทาง/ ผลลัพธ์ สุดท้ายที่ต้องการให้บรรลุจากการดำเนินโครงการฯ
- เป้าหมายเชิงผลกระทบ (Impact): ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากผลผลิต และผลที่คาดว่าจะได้รับ ทำให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

ตัวชี้วัดความสำเร็จ และค่าเป้าหมาย

- ระบุตัวชี้วัดความสำเร็จ ทั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณและตัวชี้วัดเชิงคุณภาพให้ชัดเจน เช่น จำนวน ร้อยละ ระดับความสำเร็จ เป็นต้น
 - ระบุค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด ที่สามารถชี้และวัดความสำเร็จของงานได้
 - เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการ
 - สอดคล้องกับกิจกรรมที่ดำเนินงาน
 - ตัวชี้วัดที่แสดงผลการดำเนินงานที่สำคัญของกรมการแพทย์
 - สอดคล้องและตอบตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องภายใต้แผนในแต่ละระดับ
 - ควรหลีกเลี่ยงหรือไม่ควรเลือกตัวชี้วัด ที่ไม่มีความท้าทายเพราะมีข้อมูลที่หาง่าย หรือตัดตัวชี้วัดบางตัวเพียงเพราะไม่มีข้อมูล ตัวชี้วัดที่ไม่สำคัญหรือไม่สอดคล้องและตอบตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการกรมการแพทย์ และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องภายใต้แผนในแต่ละระดับ
- ตัวอย่าง จำนวนผู้เข้ารับการอบรม ผ่านการทดสอบความรู้ ความเข้าใจ

13. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และประชาชนได้รับ

13.1.....

13.2.....

13.3.....

- เมื่อโครงการสิ้นสุดลงจะมีผลกระทบในทางที่ดีที่คาดว่าจะเกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อมกับใคร
- ระบุให้ชัดเจนว่าใครจะได้ผลประโยชน์และผลกระทบนั้นในลักษณะอย่างไร ทั้งในเชิงปริมาณ

และคุณภาพ

- ระบุให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ

ตัวอย่าง โครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ “ลด อัตราตายและความพิการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลดภาระด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น”

- แบบฟอร์มโครงการ (ปรับปรุง ณ สิงหาคม 2568) -
(เงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง)

ชื่อโครงการ.....
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25.....

1. ความเชื่อมโยง/ความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์แต่ละระดับ :

1.1 ยุทธศาสตร์ชาติ ด้าน.....

(1) เป้าหมาย.....

(2) ประเด็น.....

1.2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็น (.....).....

(1) เป้าหมายระดับประเด็นแผนแม่บท.....

(2) แผนย่อยของแผนแม่บท.....

(3) เป้าหมายแผนแม่บทย่อย.....

1.3 แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข (ระบุ ✓ ในช่อง ☐)

☐ PP&P Excellence

☐ Service Excellence

☐ People Excellence

☐ Governance Excellence

☐ Health Economics Excellence

1.4 แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์

เป้าประสงค์ (ระบุ) :

แผนปฏิบัติราชการเรื่อง (ระบุ) :

กลยุทธ์ (ระบุ) :

1.5 แผนปฏิบัติราชการ (หน่วยงาน).....

2. หน่วยงาน

2.1 หน่วยงานที่รับผิดชอบ:

2.2 หน่วยงานร่วมบูรณาการหรือสนับสนุน:.....

3. ผู้รับผิดชอบโครงการ : ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ : E-mail :

ผู้ประสานงาน : ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ : E-mail :

4. หลักการและเหตุผล

.....

.....

.....

5. วัตถุประสงค์ของโครงการ

.....

.....

.....

6. สถานที่ดำเนินการ

- ☐ สถานที่ราชการ (ระบุ)
- ☐ สถานที่เอกชน (ระบุ).....

7. กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย

- 7.1 กลุ่มเป้าหมาย.....
- 7.2 พื้นที่เป้าหมาย.....

8. ระยะเวลาดำเนินโครงการ

ระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ จำนวน ปี พ.ศ. ถึง พ.ศ.

ระยะเวลาในการดำเนินการ ปีงบประมาณ 25.... วันที่ ... เดือน...ปี ... ถึง วันที่ ... เดือน...ปี ...

9. แผนการดำเนินงาน กิจกรรมและงบประมาณ

กิจกรรม	ปีงบประมาณ 25..... (ใส่เครื่องหมาย * และวงเงิน ในเดือนที่ดำเนินการ/ เบิกจ่าย)											รวม (บาท)
	ไตรมาส 1			ไตรมาส 2			ไตรมาส 3			ไตรมาส 4		
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	
กิจกรรมที่ 1 :												
กิจกรรมย่อยที่ 1.1:												
กิจกรรมย่อยที่ 1.2:												
กิจกรรมที่ 2 :												
กิจกรรมย่อยที่ 2.1:												
กิจกรรมย่อยที่ 2.2:												
รวมวงเงิน (บาท)												

10. รายละเอียดงบประมาณของโครงการ

โดยเบิกจ่ายจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 25..... (เงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง) จำนวน บาท (จำนวนเงินเป็นตัวหนังสือ)

กิจกรรม	งบประมาณ
กิจกรรมที่ 1 :	
รายการ x จำนวน x อัตรา.....	
รายการ x จำนวน x อัตรา.....	
กิจกรรมที่ 2 :	
รายการ x จำนวน x อัตรา.....	
รายการ x จำนวน x อัตรา.....	
รวมวงเงิน	

หมายเหตุ ขออภัยค่าใช้จ่ายภายในกิจกรรมทุกรายการและจำนวนคน

11. ความเสี่ยงในการดำเนินโครงการ (เลือกตามประเด็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง)

ประเด็นความเสี่ยง	ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	มาตรการควบคุมความเสี่ยง
1. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)		
2. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)		
3. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk)		
4. ความเสี่ยงด้านกฎหมาย หรือ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Compliance Risk)		

12. การติดตามและประเมินผลโครงการ

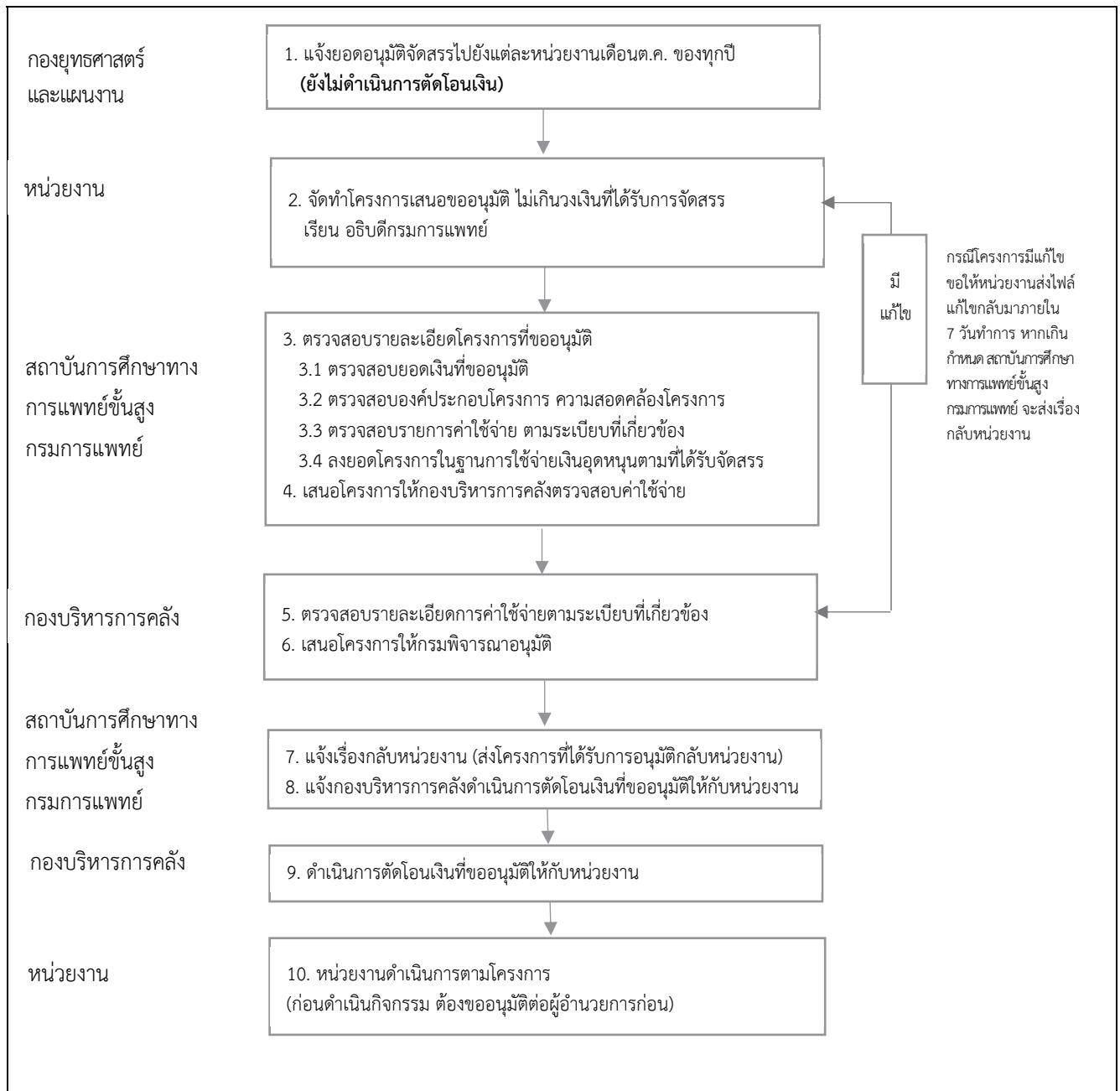
เป้าหมาย	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	ค่าเป้าหมาย
เป้าหมายเชิงผลผลิต (Output) :	เชิงปริมาณ : เชิงคุณภาพ :	
เป้าหมายเชิงผลลัพธ์ (Outcome) :	เชิงปริมาณ : เชิงคุณภาพ :	
เป้าหมายเชิงผลกระทบ (Impact) :	-	-

13. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และประชาชนได้รับ

- 13.1.....
- 13.2.....
- 13.3.....

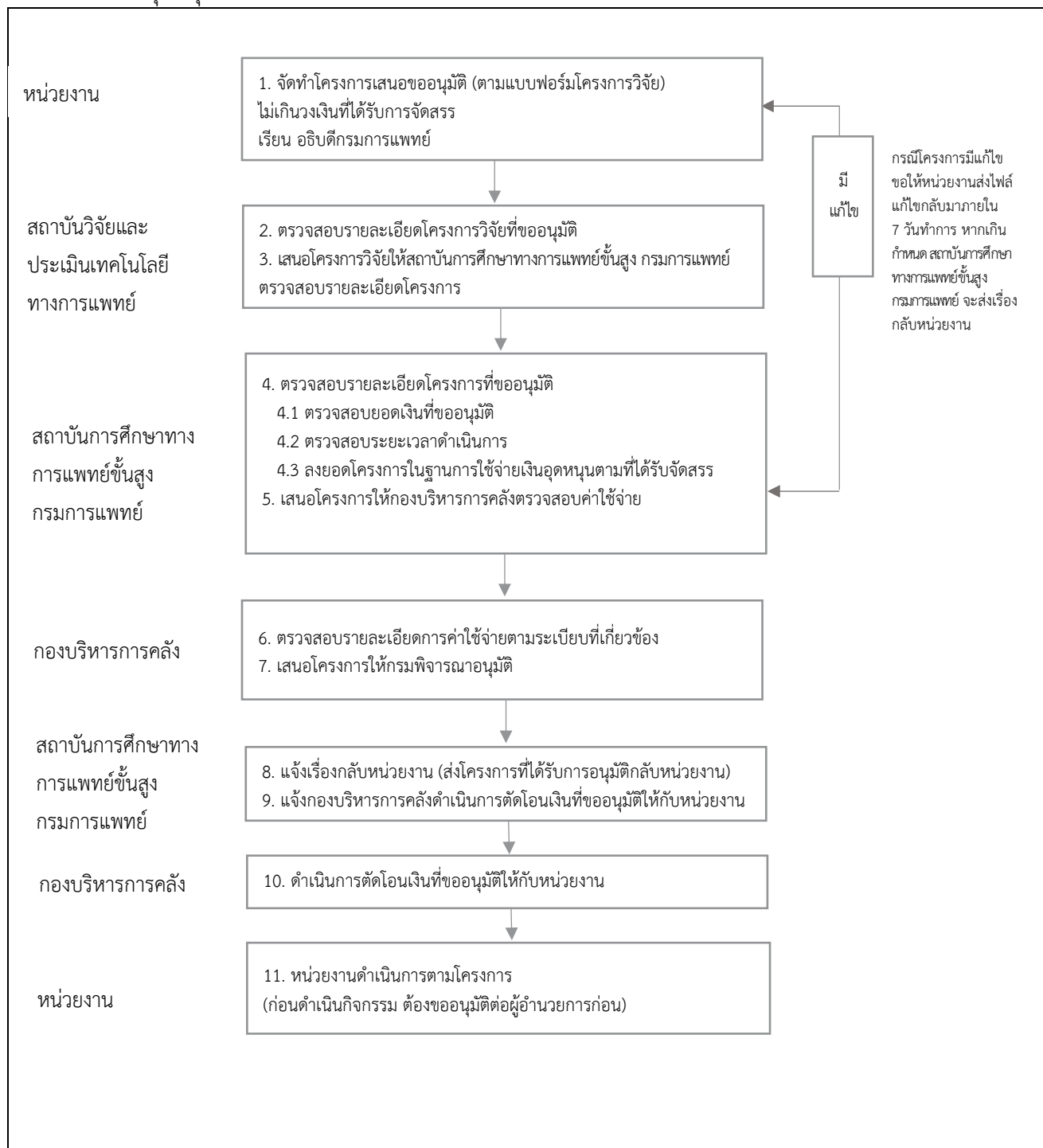
7.2 การขออนุมัติโครงการ (เงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง)

หลักสูตรแพทย์/ ทันตแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์/ ทันตแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ที่แพทยสภา และทันตแพทยสภารับรองที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดการเรียนการสอน การพัฒนาและสนับสนุนการฝึกอบรมนั้น ภายหลังจากที่ได้รับ การอนุมัติจัดสรรงบประมาณแล้ว สาขาและ/ หรือหน่วยงานจะต้องดำเนินการเขียนโครงการ กิจกรรม และประมาณการ ค่าใช้จ่าย ตามหลักการเขียนโครงการข้อ 7.1 เพื่อขออนุมัติดำเนินการกิจกรรมและขออนุมัติใช้งบประมาณก่อน ที่จะดำเนินการเบิกจ่ายหรือจัดกิจกรรมต่างๆ โดยในการขออนุมัติโครงการมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการขออนุมัติโครงการ (เงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง) ประเภทโครงการที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน

สำหรับหน่วยงานที่มีความประสงค์สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการทำวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน หน่วยงานต้องเขียนโครงการแยกจากโครงการที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนปกติ โดยเขียนโครงการตามแบบฟอร์มโครงการวิจัยของหน่วยงานหรือของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยมีขั้นตอนการขออนุมัติโครงการเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ขั้นตอนการขออนุมัติโครงการ (เงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง) ประเภทโครงการวิจัยแพทย์ประจำบ้าน

ข้อพึงระวัง

1. การขออนุมัติโครงการและดำเนินโครงการหน่วยงานจะต้องวางแผนระยะเวลาการส่งโครงการเข้ามาที่กรมการแพทย์ล่วงหน้าก่อนจัดกิจกรรมอย่างน้อย 30 วัน (เมื่อระยะเวลาในการปรับแก้ไขโครงการ) เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนดังภาพที่ 4 และ 5
2. หน่วยงานจะสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในโครงการได้ภายหลังจากที่โครงการได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการกิจกรรมแล้ว และผู้รับผิดชอบโครงการจะต้องขออนุมัติดำเนินการจัดกิจกรรมนั้นๆ ต่อผู้อำนวยการสถาบัน/ โรงพยาบาลก่อน
3. หน่วยงานหรือสาขาควรมีการคุมยอดเงินไม่ให้เกินวงเงินที่จัดสรร ตรวจสอบชื่อโครงการ ระยะเวลา ดำเนินการ กิจกรรมดำเนินการ และรายการค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อลดระยะเวลาการส่งโครงการกลับแก้ไข
4. กรณีมีการจัดกิจกรรมการอบรม/ การประชุมเชิงปฏิบัติการต่อเนื่องหลายวัน และวิทยากรต้องมาบรรยายมากกว่า 1 วัน หน่วยงานต้องขออนุมัติให้วิทยากรเบิกค่าพาหนะเดินทางไป-กลับ ระหว่างที่อยู่หรือที่พักไปยังสถานที่จัดฝึกอบรมในแต่ละวัน (ระหว่างการฝึกอบรม) ด้วยทุกครั้ง
5. หน่วยงาน/ สาขา ควรมีการจัดเก็บข้อมูลโครงการที่ได้รับการอนุมัติทุกโครงการเพื่อการตรวจสอบและติดตามการใช้งบประมาณ ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวงเงินที่ได้รับการจัดสรร และรายงานผลการใช้เงินแต่ละโครงการให้กรมทราบตามรอบการรายงาน (ต้นปี กลางปี ปลายปี)
6. ตรวจสอบระยะเวลาดำเนินโครงการ หากยังดำเนินกิจกรรมในโครงการไม่เสร็จสิ้น แต่ระยะเวลาในโครงการจะสิ้นสุดแล้ว ให้หน่วยงานทำหนังสือขออนุมัติขยายระยะเวลาดำเนินการเข้ามาที่กรมการแพทย์ก่อนระยะเวลาในโครงการจะสิ้นสุด
7. การดำเนินการกิจกรรมที่ใช้งบประมาณเงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง จะต้องมีการโครงการ/ กิจกรรมในโครงการรองรับด้วย ยกเว้นบางสาขาที่ส่งแพทย์ประจำบ้านเข้าอบรม ATLS ไม่ต้องมีโครงการ/ กิจกรรมในโครงการรองรับ

7.3 แนวทางการเขียนค่าใช้จ่ายงบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์

การเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง หมายถึง การเพิ่มพูนทักษะองค์ความรู้ ให้กับกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง โดยจะได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรตามแต่ละสาขาของแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งหลักสูตรการเรียนการสอนดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจากแพทยสภาแล้ว โดยแต่ละหลักสูตรมีระยะเวลาการฝึกอบรม 1 – 5 ปี ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในโครงการการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง จะเป็นไปตามระเบียบกรรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562 และระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

7.3.1 หลักการและค่าใช้จ่ายตามระเบียบกรรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562

7.3.2 แนวทางการเขียนกิจกรรมและรายการค่าใช้จ่าย

7.3.3 การปรับกิจกรรมโครงการ

7.3.4 แนวทางการถัวเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในโครงการ

7.3.5 ปัญหาที่พบบ่อย และแนวทางการแก้ไข

ทั้งนี้ สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในแต่ละหัวข้อได้ตาม qr code แนบท้าย



ดาวน์โหลดคู่มือแนวทางการเขียนโครงการ
เงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง



**คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่
และเลขานุการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
กรมการแพทย์**

**“ด้านการเขียนโครงการเงินอุดหนุนทั่วไป
เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง”**



ภาคผนวก 1

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์
(ข้อมูล ณ วันที่ 9 กรกฎาคม 2568)

หลักสูตรวุฒิปัตราฯ ที่แพทยสภาและทันตแพทยสภารับรอง จำนวน 49 สาขา 64 หลักสูตร ประกอบด้วย
หลักสูตรวุฒิปัตราฯ ที่แพทยสภา จำนวน 47 สาขา 62 หลักสูตร ประกอบด้วย

สาขาประเภทที่ 1 หมายถึง สาขาที่แพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน แต่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนตามที่แพทยสภากำหนดก่อน กรมการแพทย์เปิดฝึกอบรมทั้งหมด 6 สาขา 9 หลักสูตร

1. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี
2. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลเลิดสิน
3. สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค สถาบันพยาธิวิทยา
4. สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
5. สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
6. สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลิดสิน
7. สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
8. สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
9. สาขาประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา

สาขาประเภทที่ 2 หมายถึง สาขาที่ผู้ที่เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนแล้ว และได้ปฏิบัติงานหรือปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด กรมการแพทย์เปิดฝึกอบรมทั้งหมด 16 สาขา 26 หลักสูตร

1. สาขากุมารศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. สาขากุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถีร่วมกับสถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ
4. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
5. สาขาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
6. สาขาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน
7. สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา
8. สาขาประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
9. สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
10. สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี
11. สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
12. สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
13. สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา โรงพยาบาลเลิดสิน
14. สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก
15. สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี
16. สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง โรงพยาบาลราชวิถี
17. สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง โรงพยาบาลเลิดสิน
18. สาขาจักษุวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
19. สาขาจักษุวิทยา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
20. สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
21. สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลเลิดสิน
22. สาขาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

23. สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
24. สาขาทจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง
25. สาขาทจวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
26. สาขาวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี

สาขาประเภทที่ 3 หมายถึง อนุสาขาที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องผ่านการฝึกอบรมในสาขาประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 มาแล้ว กรมการแพทย์เปิดฝึกอบรมทั้งหมด 25 สาขา 27 หลักสูตร

1. สาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. สาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. สาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
4. สาขากุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. สาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
6. สาขากุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
7. สาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
8. สาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
9. สาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
10. สาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
11. สาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม โรงพยาบาลราชวิถี
12. สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลราชวิถี
13. สาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี
14. สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ โรงพยาบาลราชวิถี
15. สาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลราชวิถี
16. สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี
17. สาขาอายุรศาสตร์โรคไต โรงพยาบาลราชวิถี
18. สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี
19. สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก
20. สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ โรงพยาบาลราชวิถี
21. สาขามะเร็งวิทยานรีเวช โรงพยาบาลราชวิถี
22. สาขามะเร็งวิทยานรีเวช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
23. สาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
24. สาขาอายุรศาสตร์การนอนหลับ สถาบันโรคทรวงอก
25. สาขาออร์โธปิดิกส์เด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
26. สาขาเวชบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลราชวิถี
27. สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

หลักสูตรแพทยสภาที่อยู่ระหว่างขอเปิดฝึกอบรมเพิ่ม จำนวน 1 หลักสูตร คือ สาขาวิสัญญีวิทยา สำหรับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา

หลักสูตรที่ทันตแพทยสภารับรอง จำนวน 2 สาขา 2 หลักสูตร ได้แก่

1. สาขาทันตแพทย์ทั่วไป สถาบันทันตกรรม
2. สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ สถาบันทันตกรรม

หลักสูตรประกาศนียบัตรฯ ที่แพทยสภา/ ราชวิทยาลัย/ สมาคม/ หน่วยงานรับรอง

หลักสูตรประกาศนียบัตรฯ ที่แพทยสภารับรอง (9 ด้าน/ สาขา 12 หลักสูตร)

1. ด้านการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช โรงพยาบาลราชวิถี
 2. ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชวิถี
 3. ด้านศัลยศาสตร์ศีรษะและคอ โรงพยาบาลราชวิถี
 4. ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด โรงพยาบาลราชวิถีร่วมกับสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
 5. ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ร่วมกับโรงพยาบาลปัตตานี และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 6. ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน
 7. ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น
 8. ด้านศัลยศาสตร์เต้านม โรงพยาบาลราชวิถีร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 9. ด้านเลเซอร์และหัตถการทางผิวหนัง สถาบันโรคผิวหนัง
 10. ด้านนาสิกวิทยาและโรคมุมน้ำตา โรงพยาบาลราชวิถี
 11. ด้านต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี
 12. สาขาวิทยาเอ็นโดไครน์ สถาบันทันตกรรม
- หลักสูตรที่อยู่ระหว่างขอเปิดฝึกอบรมเพิ่ม จำนวน 1 หลักสูตร คือ_ด้านการทำหัตถการทางทรวงอก และหลอดลม โรงพยาบาลราชวิถี

หลักสูตรประกาศนียบัตรฯ ที่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม/ หน่วยงานรับรอง (41 สาขา 47 หลักสูตร)

1. สาขา Sports Medicine โรงพยาบาลเลิดสิน
2. สาขา Sports Medicine โรงพยาบาลราชวิถี
3. สาขา Spine โรงพยาบาลเลิดสิน
4. สาขา Spine โรงพยาบาลราชวิถี
5. สาขา Pediatric โรงพยาบาลเลิดสิน
6. สาขา Tumor โรงพยาบาลเลิดสิน
7. สาขา Trauma โรงพยาบาลเลิดสิน
8. สาขา Adult reconstruction and Arthroplasty โรงพยาบาลเลิดสิน
9. สาขา ศัลยศาสตร์ทางมือและจุลศัลยศาสตร์ (Hand & Microsurgery) โรงพยาบาลเลิดสิน
10. สาขา ศัลยศาสตร์ทางมือและจุลศัลยศาสตร์ (Hand & Microsurgery) โรงพยาบาลราชวิถี
11. สาขา Clinical fellow in dermatosurgery สถาบันโรคผิวหนัง
12. สาขา แพทย์ปฏิบัติการสาขาทจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง
13. แพทย์ปฏิบัติการทางคลินิกเวชศาสตร์การฟื้นฟูสุขภาพทางตจวิทยา สถาบันโรคผิวหนัง
14. สาขา ศัลยศาสตร์หัวใจชั้นสูง โรงพยาบาลราชวิถี
15. สาขา Arthroplasty โรงพยาบาลราชวิถี
16. สาขา ผ่าตัดส่องกล้องศัลยศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถี
17. สาขา ศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี โรงพยาบาลราชวิถี
18. สาขา ศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี (เปิดรับแพทย์ต่างประเทศ) โรงพยาบาลราชวิถี
19. สาขา ด้านการบำบัดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี

19. สาขาด้านการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี
20. สาขากระดูกตาและการผ่าตัดแก้ไขสายตาคิดปกติ โรงพยาบาลราชวิถี
21. สาขาโสตวิทยาและโสตประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี
22. สาขาจักษุวิทยาเด็กและตาเข โรงพยาบาลราชวิถี
23. สาขาศัลยศาสตร์ศีรษะและคอ (หลักสูตรภาษาอังกฤษ) โรงพยาบาลราชวิถี
24. สาขาจักษุวิทยาโรคจอประสาทตาและวุ้นตา โรงพยาบาลราชวิถี
25. สาขาจักษุวิทยาโรคจอประสาทตาและวุ้นตา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
26. สาขาจักษุวิทยาโรคจอประสาทตาและวุ้นตา (หลักสูตรระยะสั้นต่างประเทศ) โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
27. สาขาจักษุวิทยาโรคต้อหิน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
28. สาขาศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างดวงตาและรอบดวงตา โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
29. สาขาจอตาและวุ้นตาประเทศอาเซียน โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
30. สาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชวิถี
31. สาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ร่วมกับรพ.สงขลานครินทร์
32. สาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด สถาบันโรคทรวงอก
33. สาขาทันตกรรมทั่วไป สถาบันทันตกรรม (จรัลสมุทรชั่วคราว)
34. สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ สถาบันทันตกรรม (จรัลสมุทรชั่วคราว)
35. สาขาปริทันตวิทยา สถาบันทันตกรรม (จรัลสมุทรชั่วคราว)
36. สาขาการเคลื่อนไหวมัดปกติ สถาบันประสาทวิทยา
37. สาขาศัลยกรรมประสาทไขสันหลัง สถาบันประสาทวิทยา
38. สาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก สถาบันประสาทวิทยา
39. สาขาประสาทวิทยาโรคเส้นประสาทร่วมกล้ามเนื้อและเวชศาสตร์ไฟฟ้าวินิจฉัย สถาบันประสาทวิทยา
40. สาขาประสาทวิทยาโรคหลอดเลือดสมองและการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง สถาบันประสาทวิทยา
41. สาขาสรีระไฟฟ้าหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก
42. สาขาอายุรศาสตร์ความผิดปกติของการหายใจขณะหลับ สถาบันโรคทรวงอก
43. สาขาศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไทรอยด์ โรงพยาบาลราชวิถีร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
44. สาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือดสมองและไขสันหลัง โรงพยาบาลราชวิถี (สถาบันร่วม)
45. สาขาการทำหัตถการทรวงอกและหลอดลม สถาบันโรคทรวงอก
46. สาขาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารส่วนต้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติร่วมกับโรงพยาบาลรามาธิบดี (จรัลสมุทรชั่วคราว)
47. สาขาผ่าตัดส่องกล้องศัลยศาสตร์ตับ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ภาคผนวก 2

ระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป
เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562

(สำเนา)

ระเบียบกรรมการแพทย์
ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป
เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562

ตามที่กระทรวงการคลัง มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ กค 0409.6/ว 126 ลงวันที่ 7 กันยายน 2548 เรื่อง การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป และเพื่อให้การเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนประเภทเงินอุดหนุนทั่วไปเกิดความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นไปตามระเบียบราชการ นั้น

กรรมการแพทย์ อาศัยตามอำนาจตามนัยหนังสือข้างต้นกับหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0408.4/10209 ลงวันที่ 5 มีนาคม 2562 เรื่องขอทำความตกลงในการแก้ไขและเพิ่มเติมการเบิกจ่ายเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง จึงกำหนดระเบียบกรรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ดังนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกรรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณงบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิกระเบียบ ดังต่อไปนี้

ระเบียบกรรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

ข้อ 4 การเบิกจ่ายเงินตามระเบียบนี้ต้องเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

4.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารจัดการหลักสูตร เช่น ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าจ้างบุคลากร ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมราชการ ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมระยะสั้น ค่าตรวจสอบประเมินสถาบัน เพื่อรับรองมาตรฐานการสอบ ค่าใช้จ่ายในการติดตามประเมินแพทย์ประจำบ้าน เป็นต้น

4.2 ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและประชุมวิชาการ สำหรับผู้เรียน เช่น ค่าสมนาคุณวิทยากร ค่าอาหาร ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าวัสดุในการจัดอบรม ค่าเช่าพาหนะเดินทาง ค่าลงทะเบียนในการเข้ารับการฝึกอบรมหรือเข้าประชุมวิชาการ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหรือเข้าประชุมวิชาการ เป็นต้น

4.3 ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุเครื่องแต่งกายสำหรับแพทย์ผู้เรียน โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังอนุมัติ และค่าวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการเรียนการสอน เป็นต้น

4.4 ค่าตอบแทนในการสอนให้กับแพทย์ ผู้สอน

4.5 ค่าตอบแทนในการออกข้อสอบ

4.6 ค่าตอบแทนในการตรวจข้อสอบ

4.7 ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ

4.8 ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศ ปัจฉินิเทศ การประเมินผล และการพัฒนาหลักสูตร

4.9 ค่าใช้จ่าย...

4.9 ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเรียนการสอน เช่น ค่าจัดพิมพ์ตำรา ค่าจัดซื้อตำรา ค่าจัดซื้อ Journal ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการวิจัยของแพทย์ผู้เรียน เป็นต้น

ข้อ 5 หลักเกณฑ์ และวงเงินการจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง มีดังนี้

5.1 จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน เป็นค่าบริหารจัดการหลักสูตรและค่าตรวจประเมินสถาบันเพื่อรับรองมาตรฐานการสอน เป็นต้น

5.1.1 จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน ไม่เกิน 2 หลักสูตร มีผู้ประสานงานโครงการ ไม่เกิน 1 คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน 200,000 บาท

5.1.2 จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน 3 - 5 หลักสูตร มีผู้ประสานงานโครงการ ไม่เกิน 3 คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน 600,000 บาท

5.1.3 จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน 6 - 15 หลักสูตร มีผู้ประสานงานโครงการ ไม่เกิน 4 คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน 800,000 บาท

5.1.4 จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอนมากกว่า 15 หลักสูตร มีผู้ประสานงานโครงการไม่เกิน 5 คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน 1,000,000 บาท

5.2 จัดสรรให้กองวิชาการแพทย์ เป็นค่าบริหารจัดการหลักสูตรส่วนกลาง เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมราชการ จัดการปฐมนิเทศ จัดการปัจฉิมนิเทศ จัดการประเมินผล จัดการพัฒนาหลักสูตร และสนับสนุนหน่วยงานผู้จัดการเรียนการสอน ในกิจกรรมที่จำเป็นและเกี่ยวข้องเนื่องกับการเรียนการสอน

5.3 จัดสรรให้กับหลักสูตรที่ต้องจัดการอบรม Advanced Trauma Life Support (ATLS) ก่อนสอบวุฒิบัตร ตามที่ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องเรียกเก็บ

5.4 เงินงบประมาณส่วนที่เหลือจากการจัดสรร ในข้อ 5.1 - 5.3 ให้นำมาจัดสรรเป็นเงินรายหัวให้กับหน่วยงานผู้จัดการเรียนการสอน

ข้อ 6 อัตราค่าตอบแทน

6.1 ค่าตอบแทนการสอน

6.1.1 กรณีผู้สอนเป็นข้าราชการ

ภาคทฤษฎี ในอัตราชั่วโมงละ 400 บาท

ภาคปฏิบัติ ในอัตราชั่วโมงละ 200 บาท

6.1.2 กรณีผู้สอนไม่ได้เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของทางราชการ หรือข้าราชการ ลูกจ้างของหน่วยงานตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีกฎหมายบัญญัติ ให้มีฐานะเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น หรือพนักงาน หรือลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ให้เบิกจ่ายเพิ่มขึ้นอีก 1 เท่า ของอัตราที่กำหนดให้ค่าตอบแทนการสอนของข้าราชการ

6.2 ค่าตอบแทนในการสอบคัดเลือก

6.2.1 กรรมการสอบสัมภาษณ์ ในอัตราคนละ 1,000 บาท

6.2.2 เจ้าหน้าที่คุมสอบ ในอัตราคนละ 500 บาทต่อวัน

6.3 ค่าตอบแทนกรรมการออกข้อสอบ การสอบวัดผล (คิดเฉพาะข้อสอบใหม่) และเป็นข้อสอบที่ผ่านการพิจารณาโดยกรรมการและนำไปใช้ในการสอบจริง (บรรจุในคลังข้อสอบ) เท่านั้น และคิดค่าตอบแทนให้เพียงครั้งเดียว

6.3.1 ค่าตอบแทน...

6.3.1 ค่าตอบแทนกรรมการสอบปากเปล่า หรือการสอบสัมภาษณ์เหมาจ่ายในอัตราคนละ 1,000 บาทต่อวัน

6.3.2 ข้อสอบปรนัย ในอัตรา 100 บาทต่อข้อ

6.3.3 ข้อสอบ MCQ ในอัตรา 100 บาทต่อข้อ

6.3.4 ข้อสอบ CRQ ในอัตรา 150 บาทต่อข้อ

6.3.5 ข้อสอบ MEQ ในอัตรา 300 บาทต่อข้อ

6.3.6 ข้อสอบ OSCE ในอัตรา 300 บาทต่อข้อ

6.3.7 ข้อสอบ Case ในอัตรา 200 บาทต่อข้อ

6.3.8 Slide Quiz ในอัตรา 100 บาทต่อข้อ

6.3.9 Lab, Slide Question ในอัตรา 150 บาทต่อข้อ

6.4 ค่าตอบแทนในการพิจารณาคัดเลือกข้อสอบ (คิดต่อข้อต่อชุดคณะกรรมการ)

6.4.1 ข้อสอบ CRQ ในอัตรา 100 บาทต่อข้อ

6.4.2 ข้อสอบ MCQ ในอัตรา 100 บาทต่อข้อ

6.4.3 ข้อสอบ MEQ ในอัตรา 300 บาทต่อข้อ

6.4.4 ข้อสอบ OSCE ในอัตรา 100 บาทต่อข้อ

6.5 ค่าตรวจข้อสอบ/ ค่าจ้างวิเคราะห์ ประเมินผล

6.5.1 ข้อสอบ MCQ ในอัตรา 5 บาทต่อข้อ

6.5.2 ข้อสอบข้อเขียน Histopathology ในอัตราคนละ 1,500 บาท

6.5.3 ข้อสอบ CRQ ในอัตรา 20 บาทต่อข้อต่อผู้เข้าสอบ

(ไม่น้อยกว่า 500 บาท แต่ไม่เกิน 2,000 บาท)

6.5.4 ข้อสอบ MEQ ในอัตรา 50 บาทต่อข้อต่อผู้เข้าสอบ

(ไม่น้อยกว่า 1,000 บาท แต่ไม่เกิน 5,000 บาท)

6.5.5 ข้อสอบ OSCE กรณีไม่มีอาจารย์คุมสอบ/ Lab ในอัตรา 25 บาทต่อข้อต่อผู้เข้าสอบ

6.5.6 ข้อสอบ Lab, Slide Quiz, Slide Question ในอัตรา 500 บาทต่อคน

6.6 ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่คุมสอบให้จ่ายกับบุคลากรทั้งในและนอกโรงพยาบาล สำหรับวันทำการ 300 - 500 บาทต่อครั้งต่อผู้คุมสอบ สำหรับวันหยุดราชการ 500 - 800 บาทต่อครั้งต่อผู้คุมสอบ

6.7 ค่าตอบแทนคุมข้อสอบ OSCE กรณีมีอาจารย์คุมสอบ ในอัตราไม่เกิน 100 บาทต่อข้อต่อผู้เข้าสอบ 1 คน

6.8 ค่าตอบแทนคุมสอบ Long case และ Short case ในอัตรา 500 บาทต่อข้อต่อคน ทั้งนี้ไม่เกิน 2 คน

6.9 ค่าตอบแทนกรรมการการตรวจข้อสอบ ข้อเขียน Case คนละ 1,500 บาท

6.10 ค่าตอบแทนผู้ป่วยเพื่อเป็น Case ตัวอย่าง ในอัตรา 300 - 500 บาทต่อคนต่อชั่วโมง

6.11 ค่าใช้จ่ายของแพทย์เฉพาะทางในการไปศึกษา ณ สถาบันอื่นจ่ายจริงตามที่สถาบันนั้นเรียกเก็บ ซึ่งใช้ใบเสร็จรับเงินของหน่วยงานนั้นมาแสดงการเบิกจ่ายโดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน

6.12 ค่าตอบแทนอาจารย์/ ที่ปรึกษา ในอัตรา 1,000 บาทต่อแพทย์เฉพาะทาง 1 คนต่อปี ซึ่งได้รับคำสั่งแต่งตั้งและดูแลแพทย์ตามคำสั่งที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 7 อธิบัติ...

ข้อ 7 อธิบดีหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจในการอนุมัติการเบิกจ่ายตามระเบียบนี้
ข้อ 8 หลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือวิธีปฏิบัติอื่นใดที่ไม่ได้กำหนดไว้ในระเบียบนี้ให้เป็นไปตามกฎหมาย
ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรีหรือตามที่กระทรวงการคลังหรือสำนักงบประมาณกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2562

ลงชื่อ สมศักดิ์ อรรฆศิลป์
(นายสมศักดิ์ อรรฆศิลป์)
อธิบดีกรมการแพทย์

สำเนาถูกต้อง

ฉันทพร สัมรวม

นางสาวศิวพร สัมรวม

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ลลิตา/คัด

ภาคผนวก 3

ระเบียบกรมการแพทย์ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
ของกรมการแพทย์ พ.ศ. 2564

(สำเนา)

ระเบียบกรรมการแพทย์

ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรรมการแพทย์ พ.ศ. 2564

โดยที่กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองจากแพทยสภา/ ทันตแพทยสภาให้หน่วยงานในสังกัดกรรมการแพทย์เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆ ดังนั้น เพื่อให้การฝึกอบรมดำเนินไปในแนวทางเดียวกัน ระเบียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ กรรมการแพทย์จึงออกระเบียบว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรรมการแพทย์ พ.ศ. 2564 ดังนี้

1. ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกรรมการแพทย์ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรรมการแพทย์ พ.ศ. 2564”

2. ให้ใช้ระเบียบนี้ ตั้งแต่วันที่ประกาศระเบียบนี้เป็นต้นไป

3. ให้ยกเลิก “ระเบียบกรรมการแพทย์ว่าด้วยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรรมการแพทย์ พ.ศ. 2556 ลงวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2556”

4. แพทย์ประจำบ้าน หมายถึง แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ทันตแพทย์ประจำบ้าน และทันตแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

5. คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ หมายถึง คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ที่แต่งตั้งโดยอธิบดีกรรมการแพทย์

6. คณะอนุกรรมการฝึกอบรมในสาขานั้นๆ หมายถึง คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ที่แต่งตั้งโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน ซึ่งเป็นสถาบันฝึกอบรมและสังกัดกรรมการแพทย์

7. การรับสมัคร

7.1 การรับสมัคร ให้ใช้ระเบียบการรับสมัครและหลักเกณฑ์ในการรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ตามเงื่อนไขของแพทยสภา/ ทันตแพทยสภากำหนด

7.2 แพทย์ ทันตแพทย์ ซึ่งเป็นข้าราชการในสังกัดกรรมการแพทย์หรือมีต้นสังกัดอื่น เมื่อได้รับคัดเลือกเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆ จากสถาบันฝึกอบรมของกรรมการแพทย์ จะต้องทำสัญญาลาศึกษากับหน่วยงานต้นสังกัดให้เรียบร้อยก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

8. การฝึกอบรมและปฏิบัติงาน

8.1 เมื่อแพทย์ประจำบ้านได้รับการจัดให้ฝึกอบรมและปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลหรือสถาบันหรือกลุ่มงานใด แพทย์ประจำบ้านผู้นั้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของนายแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสถาบันนั้นๆ ภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการฝึกอบรมในสาขานั้นๆ/ หรือหัวหน้ากลุ่มงานและแพทย์ประจำกลุ่มงานนั้นๆ

8.2 แพทย์ประจำบ้านที่เข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สถาบัน หรือกลุ่มงานใดต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของโรงพยาบาลหรือสถาบันและกลุ่มงานนั้นๆ

8.3 แพทย์ประจำบ้านต้องเข้ารับการประเมินผลการฝึกอบรมตามที่แผนกวิชาดำเนินการประเมิน

8.4 แพทย์ประจำบ้าน...

8.4 แพทย์ประจำบ้านต้องมีมารยาทและความประพฤติอันเหมาะสม ไม่กระทำการใดๆ อันจะเป็นที่เสื่อมเสียแก่ชื่อเสียงของวงการแพทย์ เกียรติคุณของโรงพยาบาลหรือสถาบันและกลุ่มงานที่ให้การฝึกอบรมและปฏิบัติงาน

8.5 แพทย์ประจำบ้านต้องรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน ที่ได้รับมอบหมายให้เรียบร้อย ตามหลักวิชา มีศีลธรรมและมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

8.6 แพทย์ประจำบ้านผู้ได้รับการจัดเป็นแพทย์เวร ต้องอยู่ในบริเวณโรงพยาบาล พอที่จะติดตามเรียกตัวได้ทันทั่วทั้งที่และมีหน้าที่ดูแลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

8.7 ระหว่างการฝึกอบรมของแต่ละสาขา หากปรากฏว่า แพทย์ประจำบ้านมีความประพฤติเสื่อมเสียหรือขาดความรับผิดชอบหรือไม่สนใจในการฝึกอบรม ปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหลักเกณฑ์ของแต่ละสาขา คณะอนุกรรมการฝึกอบรมในสาขานั้นๆ เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ พิจารณาให้ออกจากการฝึกอบรมหรือส่งให้ฝึกปฏิบัติงานเพิ่มเติมได้โดยให้อธิบดีกรมการแพทย์ เป็นผู้อนุมัติ

8.8 ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านจะต้องฝึกอบรมและปฏิบัติงานแต่ละกลุ่มงาน/ สาขาวิชา ในสาขาหลัก/ สาขาย่อย ให้คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแต่ละสาขาพิจารณาให้คะแนนการอบรมและฝึกปฏิบัติงานแพทย์ ประจำบ้านและถือเป็นคะแนนพิจารณาตัดสินเลื่อนขั้นปีของแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี

9. สิทธิต่างๆ และข้อพึงปฏิบัติ

9.1 แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิลงนามในใบสั่งยาและใบสั่งการรักษาผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรือสถาบันที่ฝึกอบรมและปฏิบัติงานได้

9.2 แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิออกใบรับรองแพทย์เพื่อรับรองการเจ็บป่วยหรือพักงานได้ โดยยึดข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549

9.3 ในเวลาราชการแพทย์ประจำบ้านไม่มีสิทธิสั่งยาโดยไม่คิดมูลค่า การส่งจ่ายยา ของแพทย์ประจำบ้านให้ถือปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาล หน่วยงาน หรือสถาบันฝึกอบรม

9.4 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อทำการฝึกอบรม ปฏิบัติงาน ซึ่งอาจมีขึ้นหากทางราชการ ไม่สามารถจัดจ่ายให้ได้ แพทย์ประจำบ้านจะต้องจ่ายเอง

9.5 แพทย์ประจำบ้านจะต้องแต่งเครื่องแบบที่กรมการแพทย์หรือสถาบันฝึกอบรม กำหนดให้ในขณะฝึกอบรมและปฏิบัติงาน

9.6 โรงพยาบาลหรือสถาบันจะจ่ายเครื่องแบบแพทย์ประจำบ้านปีละ 3 ชุด 3 ปี ในชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 (ให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในส่วนที่เพิ่มเติมให้อยู่ในดุลยพินิจของโรงพยาบาล หน่วยงาน หรือสถาบันฝึกอบรมนั้นๆ)

9.7 ได้รับสิทธิในการเข้าถึงระบบฐานข้อมูลด้านเวชกรรมของโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการ ฝึกอบรม/ ศึกษาวิจัย

9.8 ได้รับสิทธิในการเสนอตัวแทนของแพทย์ประจำบ้านเข้าเป็นอนุกรรมการ ในคณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์

9.9 ได้รับสิทธิในการอุทธรณ์กรณีไม่ได้รับความเป็นธรรมทั้งจากการฝึกอบรม การปฏิบัติงาน หรือการประเมินผลการฝึกอบรม

10. แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิได้รับสวัสดิการ โดยให้เป็นไปตามระเบียบและข้อกำหนดของ โรงพยาบาล หน่วยงาน หรือสถาบันฝึกอบรมนั้นๆ

11. แพทย์ประจำบ้าน...

11. แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ โดยให้เป็นไปตามประกาศของคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนกรรมการแพทย์ หรือหลักเกณฑ์ที่กรรมการแพทย์กำหนด

12. แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิในการลาได้ โดยต้องไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่ได้รับผิดชอบ และต้องดำเนินการขอเปลี่ยนตารางการปฏิบัติงานให้เรียบร้อยก่อนการลา

12.1 การลาป่วยได้ไม่เกิน 15 วันทำการต่อปีการฝึกอบรม กรณีลาป่วยไม่เกิน 3 วัน ไม่ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ หากนานกว่านั้นต้องมีใบรับรองแพทย์ และต้องยื่นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาหรือหัวหน้าแผนกวิชาที่กำลังอบรมและปฏิบัติงานอยู่

12.2 การลากิจส่วนตัวได้ไม่เกิน 5 วันทำการต่อปีการฝึกอบรม

12.3 การลาพักผ่อนได้ไม่เกิน 10 วันทำการต่อปีการฝึกอบรม

ทั้งนี้ แพทย์ประจำบ้านที่มีความประสงค์จะลา ต้องส่งใบลาล่วงหน้าต่อหัวหน้าแผนกวิชาที่ฝึกอบรม เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงจะหยุดการฝึกอบรมหรือปฏิบัติงานได้ และการลาตามข้อ 12.1 ข้อ 12.2 และข้อ 12.3 หรือการลาประเภทอื่น เช่น ลาคลอดบุตร ลาอุปสมบทหรือการลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ ลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล เป็นต้น การลาใดๆ ก็ตามรวมกันแล้ว ต้องมีเวลาปฏิบัติงานในแต่ละเดือนเมื่อรวมกันแล้วจะลาได้ไม่เกิน 15 วันทำการต่อปีการฝึกอบรม หรือตามที่สาขาวิชาชีพกำหนด

ในกรณีที่ลาเกิน เวลาการฝึกอบรมไม่ถึงร้อยละ 80 ของระยะเวลาการฝึกอบรม จะไม่สามารถส่งสอบวุฒิบัตรตามเวลาที่กำหนด จำเป็นต้องปฏิบัติงานเพิ่มเติมจนครบ

13. การลาออกจากการฝึกอบรม

แพทย์ประจำบ้านชี้แจงเหตุผลการลาออกต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาที่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ โดยคณะกรรมการฝึกอบรมสาขานั้นๆ สามารถพิจารณารับการลาออกของแพทย์ประจำบ้านได้ไม่เกิน 30 วัน และต้องนำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขานั้นๆ เพื่อพิจารณาลงมติในการลาออกของแพทย์ประจำบ้าน โดยแจ้งให้อำนาจการโรงพยาบาลหรือสถาบัน โรงพยาบาลต้นสังกัด (ในกรณีที่มิต้นสังกัด) และราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทราบ หากมีเหตุให้ลาออกด้วยปัญหาสุขภาพให้แนบใบรับรองแพทย์ประกอบหนังสือลาออกด้วย

14. กรณีลาออกจากราชการระหว่างฝึกอบรมให้สิ้นสุดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

การเปลี่ยนต้นสังกัดหรือลาออกจากราชการ (ในกรณีที่มิต้นสังกัด) หลังจากได้รับการประกาศผลการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้านหรือในระหว่างฝึกอบรม โดยให้ถือว่าผู้นั้นไม่ได้เป็นหรือสิ้นสุด การเป็นแพทย์ประจำบ้านนับตั้งแต่วันที่การเปลี่ยนแปลงนั้นมีผลบังคับใช้ หากไม่มีต้นสังกัด สามารถเปลี่ยนเป็นมีต้นสังกัดได้ โดยให้แจ้งไปยังกรรมการแพทย์ และราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทราบ

15. การเปลี่ยนสาขาหรือย้ายสถาบันฝึกอบรม

แพทย์ประจำบ้านผู้ได้รับการประกาศผลขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์ประจำบ้านหรือเข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านแล้ว อาจขอเปลี่ยนสาขา/ อนุสาขา หรือย้ายสถาบันฝึกอบรมได้ โดยต้องได้รับความยินยอมจากต้นสังกัด (ในกรณีที่มิต้นสังกัด) สถาบันฝึกอบรมทั้ง 2 ฝ่าย รวมทั้งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขานั้นๆ และราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของแพทย์สภา

16. การพิจารณาโทษ

การพิจารณาโทษ แพทย์ประจำบ้านผู้ใดประพฤติไม่เหมาะสม ขาดความรับผิดชอบ ทั้งในและนอกเวลาราชการไม่ปฏิบัติตามกฎและระเบียบทำให้เกิดความเสียหาย คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์สาขานั้นๆ มีสิทธิเสนอให้พิจารณาลงโทษแล้วแต่ความผิดมาน้อย โดยมีระดับโทษ 5 สถาน คือ

(1) ว่ากล่าวตักเตือน...

(1) ว่ากล่าวตักเตือนด้วยลายลักษณ์อักษร

(2) เขียนรายงาน

(3) ไม่ให้เลื่อนขั้นของการฝึกอบรม

(4) ไม่ส่งชื่อให้ประเมินเพื่ออุทธรณ์

(5) ให้ออกจากการทำงาน

ทั้งนี้ ระดับโทษ (3) ถึง (5) คณะอนุกรรมการฝึกอบรมสาขานั้นๆ จะเสนอคณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ เพื่ออนุมัติและดำเนินการตามระดับโทษต่อไป

17. ผู้รักษาการตามระเบียบ

ให้อธิบดีกรมการแพทย์เป็นผู้รักษาการและให้มีอำนาจตีความและวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2564

ลงชื่อ สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

(นายสมศักดิ์ อรรฆศิลป์)

อธิบดีกรมการแพทย์

สำเนาถูกต้อง

จิราพร สว่าง

นางสาวศิวพร สว่าง

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ลลิตา/คัด

ภาคผนวก 4

รายชื่อคณะทำงานจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์

**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์**

1.นางสาว	ภคสวีย์ แก่นโพธิ์	นักวิชาการฝึกอบรมและการสอบ	สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา
2.นางสาว	รัตติยาภรณ์ อักษรศักดิ์	นักวิชาการฝึกอบรมและการสอบ	สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา
3.นางสาว	สุภักดิ์ สีฟ้า	นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการพิเศษ	กองบริหารการคลัง กรมการแพทย์
4.นางสาว	มาตี พิमानแมน	นักวิชาการเงินและบัญชี ชำนาญการ	กองบริหารการคลัง กรมการแพทย์
5.นาย	ไชยวัตร เถาเม้ย	นักวิชาการตรวจสอบภายใน ชำนาญการพิเศษ	กลุ่มตรวจสอบภายใน กรมการแพทย์
6.นางสาว	ศิวาพร สังข์รวม	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ/ รักษาการใน ตำแหน่งผู้อำนวยการ	กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
7.นางสาว	ลลิตา พนาคร	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
8.นางสาว	ไพรินทร์ สีน้าอ้อม	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
9.นางสาว	แทนไทย ทองเทศ	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
10.นางสาว	ลัดดาวัลย์ ชะละจิตต์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
11.นางสาว	ฉวีวรรณ พงษ์วงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
12.นางสาว	ภัทราภรณ์ สมศรี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
13.นาง	ระพีพรรณ ทองศรี	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
14.นาย	จิราวัฒน์ แสงเพ็ง	นักวิชาการสาธารณสุข	สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
15.นางสาว	มธริยา ชินบุตร	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ ปฏิบัติการ	กองวิชาการแพทย์
16.นางสาว	รักชนก บัวพีชน์	เจ้าพนักงานธุรการ	กองวิชาการแพทย์
17.นาย	ประจักษ์ อีสอาด	นักจัดการงานทั่วไป	กองวิชาการแพทย์
18.นางสาว	ปัญญารัตน์ อ่วมเจริญ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
19.นางสาว	ฉรารินทร์ เนียมกล่ำ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
20.นางสาว	อ้อมจิต นิมิวัลย์	สาขาอายุรศาสตร์	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
21.นางสาว	อามีเนาะห์ แก้ววัลย์	สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

**รายชื่อคณะทำงานจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (ต่อ)**

22. นางสาว	ลลิตวดี อินคำ	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบหายใจ และภาวะวิกฤติระบบการหายใจ	โรงพยาบาลราชวิถี
23. นางสาว	วชิราภรณ์ โฮโยส	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดิน อาหาร	โรงพยาบาลราชวิถี
24. นางสาว	นฤชา อยู่สบาย	สาขาจักษุวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
25. นางสาว	ชฎาภา ขอบดี	สาขาจักษุวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
26. นางสาว	สุภามาศ เอ็มบางเตย	สาขาประสาทวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
27. นาง	ปฐมา ศิริโสภณ	สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	โรงพยาบาลราชวิถี
28. นาง	เพ็ญ เลิศเวียง	สาขาวิสัญญีวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
29. นาง	สุทธิดา เป้าหินตั้ง	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ	โรงพยาบาลราชวิถี
30. นาง	ฐานิตา ปั่นสำรอง	สาขาออร์โธปิดิกส์	โรงพยาบาลราชวิถี
31. นางสาว	สุนิสา สิ้นน้ำคำ	สาขาออร์โธปิดิกส์	โรงพยาบาลราชวิถี
32. นางสาว	ฉิสิรา ละอออ่อน	สาขาวิสัญญีวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
33. นางสาว	ปริยาภรณ์ ทวีสุข	สาขาศัลยศาสตร์	โรงพยาบาลราชวิถี
34. นางสาว	อารยา พินิจพันธ์	สาขาศัลยศาสตร์	โรงพยาบาลราชวิถี
35. นางสาว	อนิตยา อุ่นเนื้อ	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลราชวิถี
36. นางสาว	ปทุมมาศ กันหยั่นทอง	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลราชวิถี
37. นาง	ชนก ัญผล	สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
38. นางสาว	วรวรรณ สุภักข์อำนงรักษ์	สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
39. นางสาว	ธัญญชล สุขดา	สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
40. นางสาว	กาญจนา นิลใหญ่	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลราชวิถี
41. นางสาว	นิธิกานต์ ครุฑปรีชาสกุล	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลราชวิถี
42. นางสาว	ประณิตา บัวกลาง	สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
43. นางสาว	โชติกา คงช่วย	สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
44. นางสาว	หัตถยา แซ่จิ่ง	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลราชวิถี
45. นางสาว	สกุลบุญ กลิ่นแก้ว	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลเลิดสิน

**รายชื่อคณะทำงานจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (ต่อ)**

46.นางสาว	มุนาดา สลามเต๊ะ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลเลิดสิน
47.นางสาว	ทัดดาว อุ่นใจ	สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	โรงพยาบาลเลิดสิน
48.นาย	ชุตินันท์ ไชยยา	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง (ด้านการเงิน)	โรงพยาบาลเลิดสิน
49.นางสาว	ชญานิตย์ สินสุพรรณ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง (ด้านแผนงานโครงการ)	สถาบันประสาทวิทยา
50.นางสาว	ปวีณา แยมเกตุ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันประสาทวิทยา
51.นาง	ศุภัสสรณ์ โพธารินทร์	สาขาประสาทศัลยศาสตร์	สถาบันประสาทวิทยา
52.นางสาว	ชลิตา วันจันทร์	สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค	สถาบันพยาธิวิทยา
53.นางสาว	ณัฐริกา ลาดคอมมอม	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
54.นางสาว	สาธิตา และดี	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
55.นางสาว	ชุตีรัตน์ วิวัฒน์นวกิจ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
56.นางสาว	วรรณนิษา จันแจ่ม	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
57.นางสาว	กาญจนา ทองคำ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
58.นางสาว	ชลดา ฮะเซียง	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ	สถาบันโรคทรวงอก
59.นาง	ชนากานต์ ภมรวาทิน	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ	สถาบันโรคทรวงอก
60.นางสาว	ธัญญารัตน์ สุดสงวน	สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก	สถาบันโรคทรวงอก
61.นาง	ปัทมพร ฉิมพลี	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันโรคทรวงอก
62.นางสาว	ฐิตินันท์ ช่วงสุนิช	สาขาตจวิทยา	สถาบันโรคผิวหนัง
63.นางสาว	จริยา วรทัศน์	สาขาตจวิทยา	สถาบันโรคผิวหนัง
64.นางสาว	ศิวพร กวากำเหนิด	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ
65.นาย	อดิศักดิ์ บัวเงิน	สาขากุมารเวชศาสตร์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ

**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (ต่อ)**

66. นาย	เกียรติศักดิ์ แก้วหาญ	สาขากุมารศัลยศาสตร์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
67. นาง	เรืองรอง เทียมสุขสม	สาขากุมารศัลยศาสตร์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
68. นางสาว	คณิศร เวฬุรัตน์ะชิน	สาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
69. นางสาว	กรกมล ทองเพิ่ม	สาขากุมารเวชศาสตร์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
70. นางสาว	สมปอง สุนทรารชุน	สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น/ รพ.พระมงกุฎเกล้า	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
71. นางสาว	อนงค์ลักษณ์ จันทะชัย	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี
72. นางสาว	วรางคณา รักษ์งาน	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การเสพติด	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี
73. นางสาว	สีอรุณ แหลมภู	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การเสพติด	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี
74. นางสาว	พนัษกร ศรีกลชาญ	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การเสพติด	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
75. นางสาว	วณิชฐญา ศรีบุญ	เวชศาสตร์ครอบครัว การเสพติด	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
76. นางสาว	ศศิมาภรณ์ ใจมะโน	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การเสพติด	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
77. นาย	รุสสี บาเหะ	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การเสพติด	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
78. นาย	นัททวุฒิ ชั่งรู้จัก	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	
79. นาย	พิสิษฐ์ หิรัญย์ตระกูล	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	
80. นางสาว	อรัญญา ประเสริฐสุข	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	
81. นางสาว	จันทนา คำประกอบ	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	
82. นางสาว	ศิริสุข รังสิมันต์รัตน์	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	
83. นางสาว	ภัสริญ เลาะเข็ม	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	
84. นางสาว	กัญญาณัฐ บัวไทย	ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย	

**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (ต่อ)**

85. นาย	นิติภูมิ นิติชาญ	ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย
86. นางสาว	เกศศิริ ศิริสวัสดิ์	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
87. นาง	อนิสา จันทอง	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
88. นาง	วารุณี บัวสุข	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
89. นางสาว	พรธัญญา มีชัย	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
90. นางสาว	สุพรรณพร ปั้นเจริญ	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
91. นางสาว	อาภัสสร สมตน	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
92. นางสาว	เจนจิรา โปสถพราหมณ์	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
93. นางสาว	สมถวิล ปัตตะมะ	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
94. นางสาว	บุญญาพร เพ็งชัย	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
95. นางสาว	แพรวพรรณ เจริญเลิศวิวัฒน์	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
96. นางสาว	แพรวพรรณ เจริญเลิศวิวัฒน์	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
97. นางสาว	เสาวนีย์ จุลวงศ์	สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา
98. นางสาว	ภัทรสุดา สุขโณม	สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา
99. นางสาว	ณภัสวรรณ ตันตยานนท์	วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
100. นาง	สุมนตา จันทนินทร	วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย

ภาคผนวก 5

ที่อยู่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม

ที่อยู่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม

สาขา/อนุสาขา	รายละเอียดการยื่นใบสมัคร
กม211 โลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก กม221 กุมารเวชศาสตร์ กม301 กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด กม302 กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา กม303 กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา กม304 กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม กม305 กุมารเวชศาสตร์โภชนาการ กม306 กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม กม307 กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ กม308 กุมารเวชศาสตร์โรคไต กม309 กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและโรคตับ กม310 กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน กม311 กุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ กม312 กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ กม313 กุมารเวชศาสตร์การนอนหลับ กม341 (เข้าปี ๔) โลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โทร. ๐ ๒๗๑๖ ๖๒๐๐ ๑ ต่อ ๖ รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก https://training.thaipediatrics.org/
จช231 จักษุวิทยา	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย Email: training@rcopt.org โทร. ๐ ๒๗๑๘ ๐๗๑๕ / ๐๘ ๑๑๗๔ ๐๔๖๐ รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก www.rcopt.org
จพ121 จิตเวชศาสตร์ จพ122 จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น จพ123 จิตเวชศาสตร์การเสพติด จพ301 จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จพ302 จิตเวชศาสตร์การนอนหลับ จพ331 (เข้าปี ๓) จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย Email: rcpsych.th@gmail.com โทร. ๐๒ ๗๖๓ ๙๖๓๗ / ๐๘๙ ๔๙๓๕๙๔๒ รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก www.rcpsycht.org

ที่อยู่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม (ต่อ)

สาขา/อนุสาขา	รายละเอียดการยื่นใบสมัคร
ปศ211 ประสาทศัลยศาสตร์	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย Email: sec.rcnst@gmail.com โทร. ๐ ๒๗๑๘ ๑๙๙๖ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcnst.or.th
พธ111 พยาธิวิทยากายวิภาค พธ112 พยาธิวิทยาคลินิก พธ114 เวชศาสตร์บริการโลหิต พธ121 นิติเวชศาสตร์ พธ301 ตจพยาพยาธิวิทยา พธ303 โลหิตพยาธิวิทยา	ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย Email: rcthaipathology@gmail.com โทร. ๐ ๒๓๕๔ ๘๒๐๘-๑๒๔ / ๐๘๖ ๙๐๗ ๓๙๙๖ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcthaipathologist.org
รส121 รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา รส122 เวชศาสตร์นิวเคลียร์ รส211 รังสีวิทยาวินิจฉัย รส301 ภาพวินิจฉัยขั้นสูง รส302 ภาพวินิจฉัยระบบประสาท รส303 รังสีร่วมรักษากายของลำตัว รส304 รังสีร่วมรักษาระบบประสาท รส321 (เข้าปี ๒) รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย Email: rcrt.training@gmail.com โทรศัพท์ ๐ ๒๗๑๖ ๕๙๖๓ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcrt.or.th
วส211 วิสัญญีวิทยา วส301 การระงับปวด วส302 วิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ และทรวงอก วส303 วิสัญญีสำหรับเด็ก วส304 วิสัญญีวิทยาสำหรับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย Email: pujirapornk@gmail.com โทรศัพท์ ๐ ๒๖๔๙ ๔๐๐๐ – ๖๐๙๑๐ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcat.org
วค121 เวชศาสตร์ครอบครัว วค122 เวชศาสตร์ครอบครัว (รวมบริการ)	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว- แห่งประเทศไทย Email: resident.fammed67@gmail.com โทร. ๐ ๒๗๑๖ ๖๖๕๑ - ๒ / ๐๘๗-๗๕๔๕๔๒๗ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.thaifammed.org

ที่อยู่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม (ต่อ)

สาขา/อนุสาขา	รายละเอียดการยื่นใบสมัคร
วฉ121 เวชศาสตร์ฉุกเฉิน วฉ301 เวชศาสตร์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล	วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย Email: tcep.tmc@gmail.com โทร. ๐๙-๔๙๓๙-๖๗๖๗ รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก https://tcep.or.th
<u>เวชศาสตร์ป้องกันแขนงต่างๆ</u> วป221 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา) วป222 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว) วป223 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์การบิน) วป224 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล) วป225 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) วป226 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสาธารณสุขศาสตร์) วป227 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน) วป228 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) วป229 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์การจราจร) วป230 เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต)	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย E-mail: praewpan.char@gmail.com โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๗๐๓ สอบถามรายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก https://preventmedthai.org/
วฟ211 เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย โทร. ๐ ๒๗๑๖ ๖๘๐๘ รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก http://rehabmed.or.th

ที่อยู่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม (ต่อ)

สาขา/อนุสาขา	รายละเอียดการยื่นใบสมัคร
ศศ211 ศัลยศาสตร์ ศศ212 กุมารศัลยศาสตร์ ศศ213 ศัลยศาสตร์ทรวงอก ศศ221 ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ศศ241 ศัลยศาสตร์ตกรตแต่ง ศศ301 ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา ศศ302 ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ศศ303 ศัลยศาสตร์หลอดเลือด ศศ304 ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ศศ323 (เข้าปี ๒) ศัลยศาสตร์ตกรตแต่ง ศศ331 (เข้าปี ๓) กุมารศัลยศาสตร์ ศศ333 (เข้าปี ๓) ศัลยศาสตร์ตกรตแต่ง ศศ334 (เข้าปี ๓) ศัลยศาสตร์ทรวงอก ศศ335 (เข้าปี ๓) ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ศศ344 (เข้าปี ๔) ศัลยศาสตร์ทรวงอก	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย Email: rcstsurgeon.training@gmail.com โทร. ๐ ๒๗๑๖ ๖๑๔๑-๓ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcst.or.th
สน211 สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา สน301 มะเร็งวิทยานรีเวช สน302 เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ สน303 เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ สน304 เวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรม ช่องคลอด สน305 เวชศาสตร์ทางเพศ สน306 การผ่าตัดทางนรีเวชที่มีการรุกรานน้อย	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย E-mail: congressrtcog@hotmail.com โทร. ๐ ๒๗๑๖ ๕๗๒๑-๒๒, ๐ ๒๗๑๖ ๕๗๒๔ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www rtcog.or.th
สศ221 โสต ศอ นาสิกวิทยา สศ301 ศัลยศาสตร์ตกรตแต่งและเสริมสร้างใบหน้า สศ302 โสต ศอ นาสิกวิทยาการนอนหลับ	ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย Email: trainingrcot@gmail.com โทร. ๐๘ ๓๘๘๓ ๘๖๔๓ รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcot.org

ที่อยู่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม (ต่อ)

สาขา/อนุสาขา	รายละเอียดการยื่นใบสมัคร
อร221 ออร์โธปิดิกส์ อร301 ออร์โธปิดิกส์เด็ก อร302 เนื้องอกกระดูกและระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย Email: orthotraining2023@gmail.com โทร. ๐ ๒๗๑๖ ๕๔๓๖-๗ รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก www.rcost.or.th
อย121 อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา อย122 อายุรศาสตร์โรคเลือด อย221 อายุรศาสตร์ อย222 ประสาทวิทยา อย241 ตจวิทยา อย301 โภชนศาสตร์คลินิก อย302 เวชบำบัดวิกฤต อย303 เวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา อย304 อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ อย305 อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม อย306 อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม อย307 อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ อย308 อายุรศาสตร์โรคไต อย309 อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก อย310 อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร อย311 อายุรศาสตร์โรคระบบหายใจและภาวะวิกฤตระบบการหายใจ อย312 อายุรศาสตร์โรคหัวใจ อย313 อายุรศาสตร์การนอนหลับ อย322 (เข้าปี ๒) อายุรศาสตร์โรคเลือด อย323 (เข้าปี ๒) ประสาทวิทยา อย324 (เข้าปี ๒) ตจวิทยา อย331 (เข้าปี ๓) อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา อย352 (เข้าปี ๒) เวชบำบัดวิกฤต	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โทร. ๐๒ ๗๑๖ ๖๗๔๔ / ๐๘ ๑๔๕๐ ๔๗๑๙ รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก www.rcpt.org

ภาคผนวก 6

ประมวลภาพกิจกรรม

กิจกรรมจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์









จัดทำโดย

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูง กรมการแพทย์