

ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๓๓๕



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดปัตตานี
ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๓

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ นายกเทศมนตรีเมืองปัตตานี และนายกเทศมนตรีเมืองตะลุมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดปัตตานี ที่ ปน ๐๐๓๒/ว ๒๓๕๑

ลงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานีได้รับแจ้งจากจังหวัดปัตตานีว่า ด้วย
ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่
๑๖ มกราคม ๒๕๖๔ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแบบเอกสารต่าง ๆ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรอง
หมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี จึงขอส่งประกาศกรมการ
แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกดังกล่าว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบและใช้ประกอบการดำเนินการ
รับรองหมอพื้นบ้านต่อไป และในงบประมาณ ๒๕๖๔ สามารถยื่นเสนอรายชื่อนามหมอพื้นบ้านเพื่อขอหนังสือ
รับรองหมอพื้นบ้านหรือยื่นต่ออายุหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านที่จะหมดอายุ ภายในปี ๒๕๖๔ ในเดือน
กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดไฟล์เอกสารได้ที่เว็บไซต์กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ที่ <https://sites.google.com/view/ttmpattani/>
หัวข้อ การรับรองหมอพื้นบ้าน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ
ขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทราบและดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายเพิ่ม เพ็ชรพรหม)
ท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐ ๗๓๓๔ ๙๕๑๙ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๗๓๓๓ ๖๕๘๑

☐	พ.ท.
☐	ภ.บ.ล.
☒	ภ.บ.ส.
☐	ภ.บ.ม.
☐	ภ.บ.ก.

จัดโดย
7/11/16
2 ม. 64

ที่ ปน ๐๐๓๒/ว ๒๓๕๒



สจ. ปัตตานี	
รับที่	๙๙๐
วันที่	๐ 2 ก.พ. 2564
เวลา	16.05

ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเคซา ปน ๙๔๐๐๐

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งประกาศกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ.๒๕๖๓

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยประกาศกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบ
กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ.๒๕๖๓ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและมีผล
บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๔ โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแบบเอกสารต่าง ๆ ตามระเบียบ
กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ.๒๕๖๒ เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบกระทรวง
สาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๖๓

จังหวัดปัตตานี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ขอส่งประกาศกรรมการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกดังกล่าว ให้แก่หน่วยงานของท่านเพื่อทราบและใช้ประกอบการดำเนินการ
รับรองหมอพื้นบ้าน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สามารถดาวน์โหลดไฟล์เอกสารได้ที่เว็บไซต์
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
ที่ <https://sites.google.com/view/ttmpattani/> หัวข้อ การรับรองหมอพื้นบ้าน ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ
๒๕๖๔ สามารถยื่นเสนอรายชื่อหมอพื้นบ้านเพื่อขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านหรือยื่นต่ออายุหนังสือรับรอง
หมอพื้นบ้านที่จะหมดอายุ ภายในปี ๒๕๖๔ ในเดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยรัตน์ ลำโป)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐ ๙๓๔๖ ๐๒๓๔
โทรสาร ๐ ๙๓๔๖ ๐๒๓๕
E-mail: ttmpattani@gmail.com
ผู้ประสาน : นางสาวกัลลีนท์ สังค

ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแบบเอกสารต่าง ๆ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๗ วรรคสอง ข้อ ๓๐ วรรคสอง ข้อ ๓๓ วรรคสาม แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ และข้อ ๓๕ วรรคสาม แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(๒) ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ (ฉบับที่ ๒) ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๔ การเสนอรายชื่อรับรองหมอพื้นบ้าน การต่ออายุ และการขอรับใบแทนหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน แบบหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน แบบทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน และแบบคำขออุทธรณ์ ให้ใช้แบบแนบท้ายประกาศนี้

- | | |
|--|-----------------|
| (๑) แบบคำขอเสนอรายชื่อรับรองหมอพื้นบ้าน | ให้ใช้แบบ ม.บ.๑ |
| (๒) แบบคำขอต่ออายุหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน | ให้ใช้แบบ ม.บ.๒ |
| (๓) แบบหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน | ให้ใช้แบบ ม.บ.๓ |

(๔) แบบคำขอรับใบแทนหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน ให้ใช้แบบ ม.บ.๔

(๕) แบบทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา

และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถ

ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน

ให้ใช้แบบ ม.บ.๕

(๖) แบบคำขออุทธรณ์

ให้ใช้แบบ ม.บ.๖

ข้อ ๕ หนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน (แบบ ม.บ.๓) ที่ออกก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้คงใช้ได้ต่อไปจนกว่าหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้านนั้นจะสิ้นอายุหรือถูกเพิกถอน

ข้อ ๖ แบบทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน (แบบ ม.บ.๕) ตามประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือเป็นแบบทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษาและผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน (แบบ ม.บ.๕) ตามประกาศนี้

ข้อ ๗ บรรดาคำขอที่ยื่นไว้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และยังอยู่ในระหว่างการพิจารณาของหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้ถือว่าเป็นคำขอตามประกาศนี้โดยอนุโลม ในกรณีที่คำขอดังกล่าวแตกต่างไปจากคำขอตามประกาศนี้ ให้หน่วยงานที่สาธารณสุขกำหนดมีอำนาจสั่งแก้ไขเพิ่มเติม ได้ตามความจำเป็นเพื่อให้การเป็นไปตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

อัมพร เบญจพลพิทักษ์

ผู้ตรวจราชการกระทรวง รักษาราชการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก

แบบคำขอเสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน

คำขอเลขที่.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ).....

ตำแหน่ง (ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

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

e-mail:

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

- ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ☐ ที่ว่าการอำเภอที่ตั้ง
- ☐ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เฉพาะกรุงเทพมหานคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายชื่อหมอฟันบ้านดังกล่าว เป็นผู้มีความสมบูรณ์และไม่มีความผิดปกติตามที่ห้ามตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ทุกประการ

ทั้งนี้ ได้แนบสำเนาเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบพิจารณา จำนวน.....ฉบับ ดังต่อไปนี้

๑. บันทึกหรือรายงานการประชุม (ที่มีมติพิจารณาเห็นชอบให้เสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน)

๒. เอกสารหลักฐานของหมอฟันบ้านที่เสนอรับการรับรอง

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหมอฟันบ้าน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของหมอฟันบ้าน
- ☐ ใบรับรองแพทย์ (ตามที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำหนด)
- ☐ แบบ ม.บ.๑ (เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองการเป็นหมอฟันบ้าน)

๓. เอกสารอื่น (ถ้ามี) ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง*.....

* ให้ระบุตำแหน่งผู้เสนอรายชื่อเป็น ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน

คำขอเลขที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)..... นามสกุล.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี นับถือศาสนา.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อาชีพ.....
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ต.รอก..... ซอย..... ถนน.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... e-mail..... LINE ID
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ
 วุฒิการศึกษา..... ชื่อโรงเรียน/สถาบันการศึกษา.....

มีความประสงค์ขอรับการรับรองเป็นหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วย
 การรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยยื่นต่อ ☐ คณะกรรมการหมู่บ้าน.....
☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

☐ ไม่เคยต้องโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีซึ่งจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์
 ของหมอพื้นบ้าน
☐ ไม่มีพฤติกรรม ซึ่งจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของหมอพื้นบ้าน

ลงชื่อ
 (.....)
 หมอพื้นบ้าน

ลงชื่อ
 (.....)
 ผู้รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ (กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอแล้ว

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

ลงชื่อ.....
 (.....)

หมายเหตุ

- การกรอกรายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้านตามระเบียบนี้ หากมีหลักฐาน เอกสาร ให้แนบกับแบบคำขอเสนอรายชื่อเพื่อขอรับรองการเป็นหมอพื้นบ้านไปด้วย
- ให้จัดทำสำเนาหลักฐานประกอบการพิจารณา จำนวน ๑ ชุด มอบให้ผู้ขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านเก็บไว้เป็นหลักฐาน
- รวบรวมต้นฉบับส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

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

รายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้าน

ให้บรรยายโดยละเอียดว่า “ผู้ขอหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน” หากมีหลักฐานและเอกสารให้แนบประกอบคำขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านด้วย

๑. ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน

๑.๑ เริ่มเรียนรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ปี พ.ศ.

เริ่มให้การรักษา ปี พ.ศ.รวมระยะเวลาการเป็นหมอพื้นบ้าน.....ปี

สถานที่ให้การรักษา.....

จำนวนผู้ป่วยที่เคยให้การรักษา.....

๑.๒ พิธีหรือกระบวนการในการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เช่น พิธีมอบครู หรือการตั้งชั้น

.....

.....

.....

๑.๓ ความเชี่ยวชาญ/โรคที่มีความชำนาญในการรักษา มีประสบการณ์การรักษา ได้แก่

.....

.....

.....

.....

๒. ความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านในการดูแลรักษา (จำแนกตามรูปแบบการรักษา หรือองค์ความรู้ในการรักษา)

๒.๑ วิธีการ อุปกรณ์ เครื่องมือ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยผู้ป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

๒.๒ การรักษา

- ขั้นตอนการรักษา

.....

.....

.....

.....

- วิธีการรักษา (เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การใช้น้ำมันต์ หรือการใช้คาถา เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

- รายละเอียดการรักษา ตำรับ ตำรายา วิธีการรักษาที่สามารถเปิดเผยได้ (ยกเว้นตำรับ
กัญชาโปรดระบุโดยละเอียด)

- ข้อปฏิบัติหรือข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย ก่อน/ระหว่าง/หลังการรักษา

- การติดตามผลการรักษา มีการรักษาต่อเนื่องหรือนัดผู้ป่วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาดูอาการที่บ้าน

- ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าครู/ค่าอาหาร/ที่พัก/ค่ายา/ค่าสมนาคุณ

๒.๓ วิธีการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย

๒.๔ การให้คำแนะนำสำหรับญาติในการร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

๓. การบูชาครู

๓.๑ ขั้นตอนและเครื่องไหว้สำหรับการบูชาครูก่อนและหลังการรักษา

๓.๒ การไหว้ครูประจำปี (เช่น เครื่องไหว้ วันเดือนปีที่กำหนด ขั้นตอน หรือพิธีการ เป็นต้น)

[illegible]

.....

.....

.....

.....

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

แบบคำขอต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นและเอกสารหลักฐานที่แนบคำขอถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ หมอพื้นบ้าน
(.....)

ความเห็นของประธานคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ☐ เห็นควรต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน
- ☐ ไม่เห็นควรต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน เนื่องจาก

ลงชื่อ ผู้เสนอรายชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ (กรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

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

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

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....

มติและความเห็นของคณะกรรมการ

เห็นควร ☐ เสนอให้ต่ออายุ ☐ ไม่ควรต่ออายุ เนื่องจาก

ผลการพิจารณา

- ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ ผู้ออกหนังสือรับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบ ม.บ. ๓

หนังสือเลขที่

คำขอเลขที่

กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน

หนังสือรับรองฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า

(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)

ถือบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ อยู่บ้านเลขที่
หมู่ที่ ถนน ตรอก/ซอย
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

เป็นผู้ได้รับหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน โดยการเสนอชื่อของ (คณะกรรมการหมู่บ้าน/
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....(ระบุ).....
ในลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย(ระบุ).....
ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งออกตามความในมาตรา ๓๑ (๗)
แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

หนังสือรับรองฉบับนี้มีอายุการรับรองห้าปี นับตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรอง และออกให้เมื่อ
วันที่..... เดือน พ.ศ.

รูปถ่าย ๑ นิ้ว

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้ออกหนังสือรับรอง

ประทับตรา

หมายเหตุ : ให้หมอพื้นบ้านขอต่ออายุหนังสือรับรองล่วงหน้าก่อนหนังสือรับรองหมดอายุไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน
หากยื่นต่ออายุภายหลังหนังสือรับรองหมดอายุให้ถือเป็นการเสนอให้การรับรองใหม่ ตามระเบียบข้อ ๓๓ วรรคสอง

(ด้านหลัง)

แบบ ม.บ. ๓

หนังสือเลขที่

คำขอเลขที่

เงื่อนไขหรือข้อจำกัดในการรับรองเป็นหมอพื้นบ้าน

ตามลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ระบุ)

- ๑) ส่งเสริมและดูแลร่างกาย จิตใจ ซึ่งเป็นความเชื่อตามภูมิปัญญา วิถีวัฒนธรรมที่ได้รับการยอมรับ
ศรัทธา

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ผู้ออกหนังสือรับรอง

ประทับตรา

การต่ออายุหนังสือรับรอง

ครั้งที่....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

การต่ออายุหนังสือรับรอง

ครั้งที่....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

การต่ออายุหนังสือรับรอง

ครั้งที่....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

ผู้ออกหนังสือรับรอง

ประทับตรา

...../...../.....

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

ผู้ออกหนังสือรับรอง

ประทับตรา

...../...../.....

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

ผู้ออกหนังสือรับรอง

ประทับตรา

...../...../.....

แบบคำขอรับใบแทนหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)..... นามสกุล
อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน..... อาชีพ.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... e-mail..... LINE ID.....

๒. มีความประสงค์ขอรับใบแทนหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน หนังสือเลขที่.....
ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ เนื่องจาก (ให้ทำเครื่องหมาย (/)
ในช่องสี่เหลี่ยม)

- ☐ สูญหาย
☐ สำระสำคัญในหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้านถูกทำลาย

๓. เอกสารหลักฐานที่ใช้ยื่นประกอบคำขอ ให้ทำเครื่องหมาย (/) ในช่องสี่เหลี่ยม

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้
☐ หนังสือรับรองถูกทำลายในสำระสำคัญ หรือสำเนาหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน
(กรณีหนังสือรับรองถูกทำลายในสำระสำคัญ)
☐ หลักฐานการแจ้งความต่อพนักงานสอบสวน (กรณีสูญหาย)
☐ หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและเอกสารหลักฐานที่แนบคำขอถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ หมอพื้นบ้าน
(.....)

หมายเหตุ การยื่นคำขอออกใบแทนหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน ให้ยื่น ณ หน่วยงานที่ออกหนังสือรับรอง
การเป็นหมอพื้นบ้าน ดังนี้

(๑) ในต่างจังหวัด ให้ยื่นคำขอ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ออกหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน
ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน

(๒) กรณีกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข ซึ่งอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้ออกหนังสือรับรอง
การเป็นหมอพื้นบ้าน

ทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ถนน
 ตรอก/ซอย ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด เบอร์โทรศัพท์
 โรคประจำตัว การแพ้ยา/อาหาร
 น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร

ครั้งที่	ว/ค/ป	อาการเจ็บป่วย	ตรวจร่างกาย	วินิจฉัยโรค	การรักษา	ผลการรักษา	การติดตามผล	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....หมอฟันบ้าน

หมายเหตุ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๓๐ ระบุว่า หมอฟันบ้านต้องจัดทำทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วย หรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน และต้องเก็บรักษาไว้เป็นข้อมูลสำหรับการตรวจสอบหรือค้นหาได้ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๕ ปี

แบบคำขออุทธรณ์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ขออุทธรณ์

เรียน ประธานกรรมการหอพักบ้าน (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารประกอบการยื่นคำขออุทธรณ์

จำนวน.....แผ่น

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ).....

เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

e-mail : มีความประสงค์ยื่นคำขออุทธรณ์ต่อคณะกรรมการหอพักบ้าน

ตามคำสั่งหรือคำวินิจฉัยตามหนังสือ..... (ระบุชื่อหน่วยงานที่ออกคำสั่งหรือคำวินิจฉัย).....

เลขที่..... ลงวันที่..... เรื่อง..... เนื่องจาก

☐ ไม่ได้รับการรับรองเป็นหอพักบ้าน ตามข้อ ๑๑ วรรคสาม☐ ไม่ได้รับการต่ออายุหนังสือรับรองการเป็นหอพักบ้าน ตามข้อ ๓๔☐ ถูกพักใช้หรือเพิกถอนหนังสือรับรองการเป็นหอพักบ้าน ตามข้อ ๔๒☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

โดยมีเหตุผลและข้อเท็จจริงในการอุทธรณ์ ดังนี้.....

..... (ให้ระบุเหตุผลและข้อเท็จจริงในการอุทธรณ์ให้ชัดเจน).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้ามีประสงค์..... (ให้ระบุความประสงค์ให้ชัดเจน).....

.....

.....

โดยได้แนบเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณาพร้อมนี้ และขอรับรองว่าเป็นความจริง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อุทธรณ์

- หมายเหตุ ๑. ให้ผู้ยื่นคำขออุทธรณ์คำสั่งหรือคำวินิจฉัยผลต่อคณะกรรมการหอพิณบ้าน พร้อมเอกสารหลักฐานภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง
๒. คำขออุทธรณ์ ให้ยื่นด้วยตนเองหรือส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับถึงกองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อาคาร ๒ ชั้น ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
๓. กรณีรายละเอียดการยื่นอุทธรณ์เกินกว่าที่กำหนดในแบบคำขออุทธรณ์ สามารถทำเป็นเอกสารประกอบแนบท้ายคำขอยื่นอุทธรณ์ได้ และให้ลงลายมือชื่อในเอกสารประกอบ หรือเอกสารหลักฐานทุกแผ่น