



ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๑๑๗/๒

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี
ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๑๑ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง การแต่งตั้งคณะกรรมการหมอฟันบ้านจังหวัดปัตตานี ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรอง
หมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒

เรียน ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ นายกเทศมนตรีเมืองปัตตานี และนายกเทศมนตรีเมืองตะลุบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีแจ้งว่า ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรอง
หมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย เมื่อวันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๒ กำหนดให้หมอฟันบ้านซึ่ง
มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
ได้รับการรับรองหมอฟันบ้านตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ตามระเบียบดังกล่าว โดยให้มีการแต่งตั้ง
คณะกรรมการหมอฟันบ้านจังหวัดตามระเบียบฯ ข้อ ๑๕

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามระเบียบดังกล่าวข้างต้น จังหวัดจึงขอประชาสัมพันธ์ให้องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินในบทบาทการเป็นผู้เสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน เพื่อให้คณะกรรมการหมอฟันบ้านจังหวัด
พิจารณารับรอง โดยยื่นแบบคำขอเสนอรายชื่อรับรองหมอฟันบ้านตามประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก เรื่องกำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ.
๒๕๖๒ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ สำหรับท้องถิ่นอำเภอขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นในพื้นที่ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิม เพ็ชรพรม)
ท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐-๗๓๓๔-๙๕๑๙ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร ๐-๗๓๓๓-๖๕๘๑

การสาธารณสุข/สสจ.ปน.

ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแบบคำขอเสนอรายชื่อรับรองหมอพื้นบ้าน แบบคำขอต่ออายุหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน และแบบทะเบียนการรักษา

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ วรรคสาม ข้อ ๗ วรรคสอง ข้อ ๓๐ วรรคสอง ข้อ ๓๑ วรรคสอง และข้อ ๓๓ วรรคสอง แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ การเสนอรายชื่อรับรองหมอพื้นบ้าน การต่ออายุหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน และหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน แบบทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน ให้ใช้แบบแนบท้ายประกาศนี้

- | | |
|--|-----------------|
| (๑) แบบคำขอเสนอรายชื่อรับรองหมอพื้นบ้าน | ให้ใช้แบบ ม.บ.๑ |
| (๒) แบบคำขอต่ออายุหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน | ให้ใช้แบบ ม.บ.๒ |
| (๓) แบบหนังสือรับรองการเป็นหมอพื้นบ้าน | ให้ใช้แบบ ม.บ.๓ |
| (๔) แบบทะเบียนการรักษา ประวัติการรักษา และผลการรักษา | ให้ใช้แบบ ม.บ.๔ |
- ผู้ป่วยหรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริม
และดูแลสุขภาพของประชาชน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

มรุต จิรเศรษฐสิริ

อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แบบคำขอเสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
 ตำแหน่ง (ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น).....
 สถานที่ปฏิบัติงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....
 โทรสาร.....e-mail.....

ขอยื่นคำขอเสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน จำนวน.....ราย (ดังรายนามตามเอกสารแนบ)
 เพื่อเข้ารับการพิจารณาให้เป็นบุคคลที่ได้รับหนังสือรับรอง ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการ
 รับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ.๒๕๖๒ ขอยื่นเอกสารต่อ

- ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
☐ ที่ว่าการอำเภอที่ตั้ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายชื่อหมอฟันบ้านดังกล่าว เป็นผู้มีความซื่อสัตย์และไม่มีลักษณะต้องห้าม
 ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ.๒๕๖๒ ทุกประการ

ทั้งนี้ ได้แนบลำเนาเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบพิจารณา จำนวน.....ฉบับ ดังต่อไปนี้

๑. รายงานการประชุม (ที่แสดงมติการพิจารณาเห็นชอบให้เสนอรายชื่อหมอฟันบ้าน)
๒. บัตรประจำตัวแสดงความเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐของ ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน /ผู้บริหาร
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๓. เอกสารหลักฐานของหมอฟันบ้านที่เสนอรับการรับรอง
 - ☐ บัตรประจำตัวประชาชนของหมอฟันบ้าน
 - ☐ ทะเบียนบ้านของหมอฟันบ้าน
 - ☐ ใบรับรองแพทย์
 - ☐ เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองหมอฟันบ้าน

๔. เอกสารอื่น (ถ้ามี) ระบุ.....

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เอกสารประกอบขอรับการพิจารณารับรองหมอฟันบ้าน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
ตรอก.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....
มีความประสงค์ขอรับการรับรองเป็นหมอฟันบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรอง
หมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒

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

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

ผู้ขอหนังสือรับรองหมอฟันบ้าน

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

ผู้รับคำขอ

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบคำขอแล้ว

☐ ครบถ้วน

☐ ไม่ครบถ้วน (ระบุ).....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เห็นควร ☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ออกหนังสือรับรอง

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

- การกรอกรายละเอียดการเป็นหมอฟันบ้านตามระเบียบนี้ หากมีหลักฐาน เอกสาร ให้แนบกับแบบคำขอเสนอรายชื่อเพื่อขอรับรอง
เป็นหมอฟันบ้านไว้ด้วย
- ให้จัดทำสำเนาแบบ ม.บ.๑ พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา จำนวน ๑ ชุด มอบให้ผู้ขอหนังสือรับรองหมอฟันบ้านเก็บไว้
เป็นหลักฐานต้นฉบับให้รวบรวมส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ตั้ง

รายละเอียดการเป็นหมอพื้นบ้าน

ให้บรรยายโดยละเอียดว่า “ผู้ขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านเป็นผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านตามวัฒนธรรมของชุมชน สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี เป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน” หากมีหลักฐานและเอกสาร ให้แนบประกอบคำขอหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านด้วย

๑. ประวัติทั่วไป

๑.๑ การศึกษา

.....

๑.๒ อาชีพ

.....

๒. ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน

๒.๑ เริ่มเรียนรู้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ปี พ.ศ.

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

สถานที่ให้การรักษา.....

จำนวนผู้ป่วยที่เคยให้การรักษา.....

๒.๒ พิธีหรือกระบวนการในการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เช่น พิธีมอบครู หรือการตั้งขันธ

.....

.....

.....

๒.๓ ความเชี่ยวชาญ/โรคที่มีความชำนาญในการรักษา มีประสบการณ์การรักษา ได้แก่

.....

.....

.....

.....

.....

๓. ความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านในการดูแลรักษา (จำแนกตามรูปแบบการรักษา หรือองค์ความรู้ในการรักษา)

๓.๑ วิธีการ อุปกรณ์ เครื่องมือ การตรวจร่างกาย และการวินิจฉัยผู้ป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๓.๒ การรักษา

- ขั้นตอนการรักษา

- วิธีการรักษา (เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวด การใช้น้ำมันด์ หรือการใช้คาถา เป็นต้น)

- รายละเอียดการรักษา ตำรับ ตำรายา วิธีการรักษาที่พร้อมจะเปิดเผย (ยกเว้นตำรับกัญชา
โปรตระกูลโดยละเอียด)

- ข้อปฏิบัติหรือข้อห้ามสำหรับผู้ป่วย ก่อน/ระหว่าง/หลังการรักษา

- การติดตามผลการรักษา มีการรักษาต่อเนื่องหรือนัดผู้ป่วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาดูแลอาการที่บ้าน

- ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าครู/ค่าอาหาร/ที่พัก/ค่ายา/ค่าสมนาคุณ

๓.๓ วิธีการประเมินผลการรักษาผู้ป่วย

๓.๔ การให้คำแนะนำสำหรับญาติในการร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

แบบคำขอต่ออายุหนังสือรับรองหมอฟันบ้าน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ.....ปี
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... สัญชาติ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....
๒. วุฒิการศึกษา ☐ วุฒิการศึกษาเดิม ☐ วุฒิการศึกษาใหม่ (โปรดระบุ).....
๓. อาชีพ สถานที่ทำงาน
๔. มีความประสงค์จะขอต่ออายุหนังสือรับรองหมอฟันบ้าน แบบ ม.บ. ๓ หนังสือเลขที่..... คำขอเลขที่.....
ออก ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ผู้ออกหนังสือรับรอง.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นและเอกสารหลักฐานที่แนบคำขอถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ความเห็นของประธานคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

☐ เห็นควรต่ออายุหนังสือรับรอง☐ ไม่เห็นควรต่ออายุหนังสือรับรอง เนื่องจากลงชื่อ ผู้เสนอรายชื่อ
(.....)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติการขอต่ออายุหนังสือรับรองหมอฟันบ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรอง
หมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒☐ เห็นควรดำเนินการต่ออายุหนังสือรับรอง☐ ไม่เห็นควรดำเนินการต่ออายุหนังสือรับรอง เนื่องจาก.....☐ อื่นๆ (ระบุ).....ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....

มติและความเห็นของคณะกรรมการหมอฟันบ้านจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

เห็นควร ☐ เสนอให้ต่ออายุ ☐ ไม่ควรต่ออายุ เนื่องจาก

ผลการพิจารณา

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจากลงชื่อ ผู้ออกหนังสือรับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบ ม.บ.๓

หนังสือเลขที่

คำขอเลขที่

กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือรับรองการเป็นหมอฟันบ้าน

หนังสือรับรองฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า

(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)

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

เป็นผู้ได้รับหนังสือการเป็นหมอฟันบ้าน โดยการเสนอชื่อของ (คณะกรรมการหมู่บ้าน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)(ระบุ).....
ในลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย(ระบุ).....

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งออกตามความในมาตรา ๓๑ (ง) 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 ประเพณี หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ระบุ)

๑) ส่งเสริมและดูแลร่างกาย จิตใจ ซึ่งเป็นความเชื่อตามภูมิปัญญา วิถีวัฒนธรรมที่ได้รับการยอมรับศรัทธา

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

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

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

[illegible]

หมายเหตุ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอพยาน พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๓๐ ระบุว่า หมอพยานต้องจัดทำทะเบียนการศึกษา ประวัติการศึกษา และผลการรักษาผู้ป่วย
หรือการใช้ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชน และต้องเก็บรักษาไว้เป็นข้อมูลสำหรับการตรวจสอบหรือค้นหาได้ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๕ ปี