



ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ แบบคำขอเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

.....

๑. ข้อมูลพื้นฐาน

๑.๑ ชื่อองค์กร

สถาบันอุดมศึกษา โรงพยาบาล สมาคมวิชาชีพ อื่น ๆ ระบุ.....

๑.๒ สถานที่ตั้ง.....

.....

อีเมล.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๑.๓ ปี พ.ศ.ที่สมัครสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง.....

๒. ผู้บริหาร และคณะกรรมการในสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

(โดยต้องมีผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรมที่ทำงานประจำเต็มเวลาไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๓๐ ชั่วโมงในหน่วยงานนั้น จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ คน และต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตหรือสูงกว่า หรือได้รับหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมสาขาใดสาขาหนึ่ง รวมจำนวนไม่น้อยกว่า ๒ คน และไม่ใชกรรมการศึกษาต่อเนื่องของหน่วยงานอื่น พร้อมแนบหลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่องพร้อมทั้งระบุเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการศึกษาต่อเนื่องฯที่สามารถติดต่อได้)

ชื่อผู้บริหาร

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	การศึกษาสูงสุดหลังปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	ทำงานประจำเต็มเวลาไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๓๐ ชั่วโมง (ใช่/ไม่ใช่)	Email address (ถ้ามี)

ชื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการศึกษาต่อเนื่องฯ.....

๓. สมาชิกในหน่วยงานที่ได้รับเชิญหรือเป็นวิทยากรบรรยายในกลุ่มกิจกรรมที่ ๒ หรือ เทียบเท่า

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ชื่อกิจกรรมที่เป็นวิทยากร

๔. การดำเนินงานการศึกษาต่อเนื่องย้อนหลัง ๓ ปี (การจัดการศึกษาต่อเนื่องที่มีการจัดการประชุมอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และมีผู้เข้าร่วมอย่างน้อยครั้งละ ๕๐ คนหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีผู้เข้าร่วมประชุมอย่างน้อยครั้งละ ๒๐ คน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง พร้อมแนบหลักฐานการประชุมประกอบการพิจารณา)

ลำดับที่	รอบปี	กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง	วัน-เดือน-ปี (ที่จัดกิจกรรม)	จำนวนสมาชิก ร่วมกิจกรรม

ผลการประเมิน มีการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องในกิจกรรมกลุ่มที่ ๒ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
 ผ่าน ไม่ผ่าน

๕. ความพร้อมของสถานที่และการจัดการ

๕.๑ ห้องบรรยาย หรือห้องประชุม (ให้ระบุจำนวนและขนาดของแต่ละห้องในหน่วยงานที่ใช้ในกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องตามรายละเอียดที่แจ้งในแบบใบขอสมัครเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง)

๕.๑.๑ ขนาดห้อง

๕.๑.๒ จำนวนโต๊ะ, เก้าอี้

๕.๑.๓ อุปกรณ์โสตทัศนศึกษา เช่น กระดานสำหรับเขียน เครื่องขยายเสียง เครื่องฉายสไลด์ เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ จอรับภาพ วีดีทัศน์ (ระบุชนิด และจำนวน)

.....

ผลการประเมิน มีความพร้อมของห้องบรรยายในสถาบันการศึกษาต่อเนื่องที่ถูกต้อง
 ผ่าน ไม่ผ่าน

๕.๒ เครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ของสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

๕.๒.๑ ระบุเครือข่ายที่ใช้ในการทำงาน

ผลการประเมิน มีความพร้อมของเครือข่ายในสถาบันการศึกษาต่อเนื่องที่ถูกต้อง
 ผ่าน ไม่ผ่าน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บริหารการศึกษาต่อเนื่องสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

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

ความเห็นของผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารการศึกษาต่อเนื่อง

เห็นสมควรให้อนุญาตเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่องได้

เห็นสมควรให้ปรับปรุงก่อนอนุญาตเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

เหตุผล

ไม่เห็นสมควรอนุญาตเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

เหตุผล

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์

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

หมายเหตุ :

กรุณาส่งแบบใบขอเสนอเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่องไปที่

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ สำนักงานเลขาธิการทันตแพทยสภา ๘๘/๑๙ หมู่ ๔ อาคารมหิตลาธิเบศร

ชั้น ๕ ซ.สาทรานลุข ๘ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๐-๗๕๐๐-๓

โทรสาร ๐ - ๒๕๕๐-๗๕๐๔