



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 (โดยต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ทำงานประจำเต็มเวลาไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๓๐ ชั่วโมงในหน่วยงานนั้น จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ คน และต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรบัณฑิตหรือสูงกว่า หรือได้รับหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมสาขาใดสาขาหนึ่ง รวมจำนวนไม่น้อยกว่า ๒ คน และไม่เป็นคณะกรรมการศึกษาต่อเนื่องของหน่วยงานอื่น พร้อมแนบหลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่องพร้อมทั้งระบุเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการศึกษาต่อเนื่องที่สามารถติดต่อได้

ชื่อผู้บริหาร

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	การศึกษาสูงสุด หลังปริญญาทันต แพทยศาสตร บัณฑิต	ทำงานประจำเต็ม เวลาไม่น้อยกว่า สัปดาห์ละ ๓๐ ชั่วโมง (ใช่/ไม่ใช่)	ได้รับการอบรม การใช้ระบบ สถาบันการศึกษา ต่อเนื่อง/พ.ศ.	Email address (ถ้ามี)

ชื่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการศึกษาต่อเนื่องฯ (ความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่บันทึกหน่วย
กิจกรรม)

๓. สมาชิกในหน่วยงานที่ได้รับเชิญหรือเป็นวิทยากรบรรยายในกลุ่มกิจกรรมที่ ๒ หรือ เทียบเท่า

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ชื่อกิจกรรมที่เป็นวิทยากร

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

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

ผลการประเมิน มีการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องในกิจกรรมกลุ่มที่ ๒ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

๕. ความพร้อมของสถานที่และการจัดการ

- ☐ กรณีจัดกิจกรรมในรูปแบบ Onsite และ Online (ให้กรอกมาทั้งรูปแบบ Onsite และ Online)
☐ กรณีจัดกิจกรรมในรูปแบบ Onsite

๕.๑ ห้องบรรยาย หรือห้องประชุม (ให้ระบุจำนวนและขนาดของแต่ละห้องในหน่วยงานที่ใช้ในกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องตามรายละเอียดที่แจ้งในแบบใบขอสมัครเป็นสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง)

๕.๑.๑ ขนาดห้อง

๕.๑.๒ จำนวนโต๊ะ, เก้าอี้

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

.....

๕.๑.๔ เครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ของสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

ระบุเครือข่ายที่ใช้ในการอบรม (Lan,Wifi,ความเร็วของอินเทอร์เน็ต)

.....

ผลการประเมิน มีความพร้อมของห้องบรรยายและระบบในสถาบันการศึกษาต่อเนื่องที่ถูกต้อง
☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

☐ กรณีจัดกิจกรรมในรูปแบบ **Online**

๕.๒ ระบบดูแลจัดการการประชุมในรูปแบบออนไลน์

๕.๒.๑ ระบบโปรแกรมที่รองรับการประชุมแบบออนไลน์

☐ Zoom Conference

☐ Webex

☐ Microsoft Team

☐ Google Meet

☐ โปรแกรมอื่นๆ โปรดระบุ

๕.๒.๒ เจ้าหน้าที่เทคนิคดูแล จำนวน คน

๕.๒.๓ เครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ของสถาบันการศึกษาต่อเนื่อง

ระบุเครือข่ายที่ใช้ในการอบรม (Lan,Wifi,ความเร็วของอินเทอร์เน็ต)

.....

ผลการประเมิน

มีความพร้อมของห้องบรรยายและระบบในสถาบันการศึกษาต่อเนื่องที่ถูกต้อง

☐ 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.สาธิตสุข ๘ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๘๐-๗๕๐๐-๓
โทรสาร ๐ - ๒๕๘๐-๗๕๐๔