



หลักเกณฑ์และข้อกำหนด “โครงการส่งเสริมความเชื่อมั่นคิเลชั่นบำบัด (Star of CMAT)”

หลักการและเหตุผล

สมาคมการแพทย์คิเลชั่นไทยมีความยินดีที่แพทย์ที่ผ่านการอบรมได้นำองค์ความรู้ด้านคิเลชั่นบำบัดไปใช้รักษาสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างกว้างขวาง หากแต่การทำงานวิจัยด้านคิเลชั่นบำบัดนั้นจะต้องควบคู่ไปกับการส่งเสริมความเชื่อมั่นด้านคิเลชั่นบำบัดสู่ภาคประชาชนผู้รับบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นและเพื่อลดปัญหาการแอบอ้างหรือโฆษณาการแพทย์คิเลชั่นบำบัดที่เกินความจริง และมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้รับบริการคิเลชั่นต่อไป สมาคมการแพทย์คิเลชั่นไทยจึงจัดตั้ง “โครงการส่งเสริมความเชื่อมั่นคิเลชั่นบำบัด (Star of CMAT)” ให้กับแพทย์ที่จบหลักสูตร CMAT และสถานพยาบาลที่ต้องการยกระดับมาตรฐานการทำคิเลชั่นบำบัด และส่งเสริมความเชื่อมั่นภายในองค์กร ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่สมาคมฯ เสนอ อีกทั้งยังเป็นการเก็บข้อมูลกรณีศึกษาไว้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ต่อไป โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

Level 1 : แพทย์ผ่านการอบรมคิเลชั่นบำบัด (Pass)

Level 2 : แพทย์มีประสบการณ์ในการนำเสนอ Case study Present ในงานประชุมวิชาการ (Experience)

Level 3 : แพทย์มีประสบการณ์สูง มีการเก็บ Case study มากกว่า 10 Case (Hight Experience)

วิธีการดำเนินงาน

1. แพทย์ที่ผ่านหลักสูตรและสถานพยาบาล ยื่นแบบฟอร์มขอร่วมโครงการฯ (ตามแบบ สคท.2ก)
2. เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ตรวจสอบหลักฐาน และระเบียบการ
3. กำหนดเข้าเยี่ยมชมและนำเสนอกรณีศึกษาอย่างน้อย 3 กรณี ต่อคณะกรรมการสมาคมฯ
4. ประกาศผลการคัดเลือก โดยคณะกรรมการสมาคมการแพทย์คิเลชั่นไทย
5. จัดพิธีรับมอบ รางวัลบุคคลและสถานพยาบาลส่งเสริมความเชื่อมั่นคิเลชั่นบำบัด (Star of CMAT) กำหนดโดยคณะกรรมการฯ (จัดในงานสัมมนาทางการแพทย์ของสมาคมฯ)

หลักเกณฑ์และข้อกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการ Star of CMAT

1. ต้องเป็นแพทย์ที่ผ่านหลักสูตรการอบรมคิเลชั่นบำบัด ของสมาคมการแพทย์คิเลชั่นไทยเท่านั้น
2. แพทย์จะต้องนำเสนอกรณีศึกษาอย่างน้อย 3 กรณี (ตามแบบฟอร์มการเก็บ Case Study)
3. สถานพยาบาลต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ตาม พรบ.)
4. ส่งแบบฟอร์มการขอแนะนำเสนอ ตามแบบ สคท.2ก



เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอร่วมโครงการส่งเสริมความเชื่อมั่นศิเลชั่นบำบัด

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว สัญชาติ อายุ ปี

๑.๒ สถานพยาบาล/นิติบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

เป็นนิติบุคคลประเภทจดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

๑.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ขอเข้าร่วมโครงการส่งเสริมความเชื่อมั่นศิเลชั่นบำบัด (Star of CMAT) จากสมาคมการแพทย์ศิเลชั่นไทย

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน.....ฉบับ คือ

- สำเนาแบบ สคท.๒ก
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (เลขใบประกอบวิชาชีพ)
- สำเนาใบอนุญาตของที่ตั้งสถานพยาบาล (เลขใบประกอบกิจการ)
- สำเนาเกียรติบัตรการอบรมจากสมาคมฯ หรือหนังสืออนุมัติ (Lv2 ถ้ามี)
- สำเนาแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล กรณีศึกษาอย่างน้อย 3 กรณี

๒. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าขอเข้าร่วมโครงการส่งเสริมความเชื่อมั่นศิเลชั่นบำบัด (Star of CMAT)

จากสมาคมการแพทย์ ศิเลชั่นไทยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีข้อบังคับและเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น

(ลายมือชื่อ)

ผู้ยื่นคำขอ (.....

หมายเหตุ

1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
 2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ
- พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของ ผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ