



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โทร. ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๓๒๐
ที่ มค.๐๐๓๓.๐๐๘ / ๖๑๖๓๒ วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขอความร่วมมือจากหน่วยงานของท่าน ประชาสัมพันธ์การสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม และส่งรายชื่อโรงเรียนที่สมัคร เข้าร่วมโครงการดังกล่าวไปที่ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ภายใน วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ส่วนการประเมินให้ดำเนินงานในเดือน กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๕ โดย ส่งชื่อโรงเรียนที่ผ่านการประเมินภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ดังมีรายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายวัฒนะ ศรีวัฒนนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๐๘/ว๑๖๓๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลียงเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
มค. ๔๔๐๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

เรียน ศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒ ใบการสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขอเชิญโรงเรียนในสังกัดของท่านเข้าร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม สมัครได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอของท่าน ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หากโรงเรียนของท่านผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะได้รับเกียรติบัตรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวัฒน์ ตรีวัฒนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๑-๒ ต่อ ๓๒๐

โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๐๘/๒๑๖๓๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลียงเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
มค. ๔๔๐๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต ๒๖

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒ ใบการสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขอเชิญโรงเรียนในสังกัดของท่านเข้าร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม สมัครได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอของท่าน ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หากโรงเรียนของท่านผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะได้รับเกียรติบัตรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวัฒน์ ศรีวัฒนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๑-๒ ต่อ ๓๒๐

โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐



ที่ มค ๐๐๓๓.๐๐๘/๖๖๓๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลียงเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
มค. ๔๔๐๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษามหาสารคาม เขต ๑

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒ ใบการสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขอเชิญโรงเรียนในสังกัดของท่านเข้าร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม สมัครได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอของท่าน ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หากโรงเรียนของท่านผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะได้รับเกียรติบัตรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิฑณะ ศรีวัฒนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๑-๒ ต่อ ๓๒๐

โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๐๘/ว๑๒๓๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
มค. ๔๔๐๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษามหาสารคาม เขต ๒

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒ ใบการสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขอเชิญโรงเรียนในสังกัดของท่านเข้าร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม สมัครได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอของท่าน ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หากโรงเรียนของท่านผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะได้รับเกียรติบัตรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิطنนะ ศรีวิटना)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๓๒๐

โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๐๘/ว ๑๖๓๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
มค. ๔๔๐๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษามหาสารคาม เขต ๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบการสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขอเชิญโรงเรียนในสังกัดของท่านเข้าร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม สมัครได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอของท่าน ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หากโรงเรียนของท่านผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะได้รับเกียรติบัตรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวัตนะ ศรีวิธนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๑-๒ ต่อ ๓๒๐

โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

ที่ มค ๐๐๓๓.๐๐๘/ว ๑๖๓๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด
มค. ๔๔๐๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๒ ใบการสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วย

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ขอเชิญโรงเรียนในสังกัดของท่านเข้าร่วมสมัครโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม สมัครได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอของท่าน ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หากโรงเรียนของท่านผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะได้รับเกียรติบัตรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวุฒิณะ ศรีวัฒนนา)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๑-๒ ต่อ ๓๒๐

โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

เกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

๑. ครูอนามัยจัดอบรมแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพช่องปาก
๒. ครูอนามัยและแกนนำนักเรียน ร่วมสนับสนุนให้เกิดการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในทุกชั้นเรียน ซึ่งอาจนำวิธีแปรงแห้งมาใช้ร่วมกับมาตรการชีวิตวิถีใหม่ (ร้อยละ ๘๐ ของนักเรียนที่มาเรียน มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันที่เปิดเรียน)
๓. ขอความร่วมมือแม่ค้า ร้านค้า ที่อยู่ภายในโรงเรียนงดการจำหน่ายขนมหวานเหนียว ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม น้ำที่ขายในโรงเรียนในกรณีเป็นน้ำหวานใส่น้ำแข็งมีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๑๐ และในกรณีเป็นน้ำหวานไมใส่น้ำแข็งมีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๕ เพิ่มการจำหน่ายผลไม้ ถั่ว อาหารว่างประเภทโปรตีน ขนมไทยที่ลื่นไม่ติดฟัน
๔. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์หรือการเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ๓๐. ๒ส. ๑ฟ. ไปยังนักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดย
 - ๔.๑ การแปรงฟันหลังอาหารเช้าและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นาน ๒นาที งดกิน/ดื่มหลังแปรงฟัน ๒ ชั่วโมง
 - ๔.๒ ผู้ปกครองแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ตั้งแต่มีฟันขึ้นจนถึงอายุ ๖ ปี

ทั้งนี้ โรงเรียนที่สมัคร ขอให้ยื่นใบสมัครที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลอำเภอ ที่เป็นหน่วยรับผิดชอบ ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ เมื่อสมัครแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินประกอบด้วย

๑. ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบระดับตำบลเป็นผู้ประเมินอย่างน้อย ๑ ครั้ง
 ๒. ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบระดับอำเภอเป็นผู้ประเมินอย่างน้อย ๑ ครั้ง
- เมื่อผลการประเมินผ่านทั้ง ๒ ข้อแล้ว ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้กับโรงพยาบาลอำเภอ เพื่อรวบรวมส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นผู้จัดทำเกียรติบัตรให้โรงเรียนที่ผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ใบสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม

รายละเอียดโรงเรียนที่สมัคร

โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....

หมายเลขโทรศัพท์โรงเรียน

ชื่อคุณครูผู้ส่งใบสมัคร ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ชื่อผู้อำนวยการโรงเรียน ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง.....

ชื่อคุณครูอนามัยโรงเรียน

๑. ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๒. ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๓. ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๔. ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม และขอส่งใบสมัครนี้เพื่อเข้าร่วมการประเมิน เพื่อจะได้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อไป

ลงชื่อคุณครูผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ระบุหน่วยงานรับสมัคร

โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แบบประเมินตามเกณฑ์การสมัครเข้าร่วมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จังหวัดมหาสารคาม

โรงเรียน..... อำเภอ

ผู้ประเมิน ตำแหน่ง วันที่

ลำดับ	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรม	ผลงาน
๑	ครูอนามัยจัดอบรมแกนนำนักเรียนด้านสุขภาพช่องปาก	มีการอบรมผู้นำนักเรียนด้านสุขภาพช่องปาก	จัดอบรมผู้นำนักเรียนให้ความรู้/ฝึกปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปาก ๑ ครั้ง	
๒	ครูอนามัยและแกนนำนักเรียนร่วมสนับสนุนให้เกิดการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในทุกชั้น	ร้อยละ ๘๐ ของนักเรียนที่มาเรียน มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในทุกชั้นเรียนในวันที่เปิดเรียน	
๓	แม่ค้า ร้านค้า ที่อยู่ภายในโรงเรียนงดการจำหน่ายขนมหวานเหนียว ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม	แม่ค้า ร้านค้า ที่อยู่ภายในโรงเรียนงดการจำหน่ายขนมหวานเหนียว ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม น้ำที่ขายในโรงเรียนในกรณีเป็นน้ำหวานใส่น้ำแข็งมี ส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๑๐ และในกรณีเป็นน้ำหวานไมใส่น้ำแข็งมีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๕	แม่ค้า ร้านค้า ที่อยู่ภายในโรงเรียนงดการจำหน่ายขนมหวานเหนียว ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม น้ำที่ขายในโรงเรียน ถ้าเป็นน้ำหวานใส่น้ำแข็งมีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๑๐ / น้ำหวานไมใส่น้ำแข็งมีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๕ เพิ่มการจำหน่ายผลไม้ ถั่ว อาหารว่างประเภทโปรตีน ขนมไทยที่สิ้นไม่ติดฟัน	
๔	จัดให้มีการประชาสัมพันธ์หรือการเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ๓๐. ๒ส. ๑ฟ.	จัดให้มีการประชาสัมพันธ์หรือการเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ๓๐. ๒ส. ๑ฟ. ไปยังนักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน โดยเน้น ๔.๑ การแปรงฟันหลังอาหารเช้าและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ งดกิน/ดื่มหลังแปรงฟัน ๒ ชั่วโมง ๔.๒ ผู้ปกครองแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ตั้งแต่มีฟันขึ้นจนถึงอายุ ๖ ปี	๔.๑ การแปรงฟันหลังอาหารเช้าและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ งดกิน/ดื่มหลังแปรงฟัน ๒ ชั่วโมง ๔.๒ ผู้ปกครองแปรงฟันซ้ำให้เด็ก ตั้งแต่มีฟันขึ้นจนถึงอายุ ๖ ปี	
สรุปผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน			ลงชื่อผู้ประเมิน.....	

