



แบบขอรับรองหลักสูตรจัดอบรมการใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
ตามประกาศสภากายภาพบำบัด
เรื่อง มาตรฐานการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดด้วยการใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
พ.ศ. ๒๕๖๙

๑. ข้อมูลผู้จัดอบรมและหลักสูตร: (แนบโครงการจัดอบรมและประวัติวิทยากร)

- ชื่อสถาบันผู้จัด
- ชื่อหลักสูตร
- จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม
- วันที่จัดอบรม
- รูปแบบการอบรม

๒. เครื่องมือกายภาพบำบัดที่ขอรับรองหลักสูตรจัดอบรม

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation : TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation : PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation : tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound : HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy : RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

๒.๑ Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Principles of magnetic stimulation
☐ มี ☐ ไม่มี	Neurophysiological mechanisms of cortical modulation
☐ มี ☐ ไม่มี	TMS measures, stimulation parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	Indication, contraindication, precaution, adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	Implications for motor functions after stroke and other conditions
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาควิชาปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	

☐ มี ☐ ไม่มี TMS ปฏิบัติ ๓๐ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
***กรณีจัดอบรมภาควิชาปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อวิทยากรกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	
☐ มี ☐ ไม่มี	การคัดกรองความปลอดภัย
☐ มี ☐ ไม่มี	การควบคุมเครื่องกระตุ้น
☐ มี ☐ ไม่มี	การเลือกหัวกระตุ้นที่เหมาะสม
☐ มี ☐ ไม่มี	การ mark landmark เพื่อหา hot spot กล้ามเนื้อต่าง ๆ
☐ มี ☐ ไม่มี	การหา motor threshold
☐ มี ☐ ไม่มี	การเลือก TMS parameters และ protocol สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยพาร์กินสัน

๒.๒ Peripheral Magnetic Stimulation : PMS

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สกก.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สกก.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	principles of magnetic stimulation
☐ มี ☐ ไม่มี	physiological mechanism of actions
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic effects
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีที่จัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

๒.๓ transcranial Direct Current Stimulation : tDCS

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Neurophysiological mechanisms
☐ มี ☐ ไม่มี	Stimulation parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic effects
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีการจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

๒.๔ High Power Laser

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	Physiological effects
☐ มี ☐ ไม่มี	Therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีการจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

๒.๕ High Intensity Focused Ultrasound : HIFU

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีที่ยึดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

๒.๖ Focused Shockwave

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีที่ยึดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

๒.๗ Radial Shockwave

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีการจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

๒.๘ Radiofrequency Therapy : RF

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Principles of electromagnetic energy transfer
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาควิชาปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีที่จัดอบรมภาควิชาปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

๒.๙ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีการจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนักกายภาพบำบัดจะต้องเป็น ๑:๒๐	

ชื่อผู้ประสานงานโครงการ.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

หมายเหตุ:

- แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดที่มีใบประกอบวิชาชีพ เป็นวิทยากรได้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ
- กรณีวิทยากรที่ไม่ใช่แพทย์หรือนักกายภาพบำบัด เป็นวิทยากรได้เฉพาะภาคทฤษฎี



หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง รับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

ข้าพเจ้า*..... ตำแหน่ง(หัวหน้างานกายภาพบำบัด/ประธาน
หลักสูตร/นักกายภาพบำบัดอิสระ) สังกัด (ที่ทำงาน).....
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก..... ขอรับรองว่า

- ☐ ชื่อ(ชื่อผู้รับรอง).....ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก.....
- ☐ ขอรับรองตนเอง

เป็นผู้มีประสบการณ์ใช้เครื่องมือใหม่/พิเศษ

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation: TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation: PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation: tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound: HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy: RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ณ (สถานที่ทำงาน).....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมเป็นเวลา
.....ปี.....เดือน รวมเป็นจำนวน.....ครั้ง ภายในระยะเวลาหนึ่งปี ก่อนวันยื่นขออนุมัติต่อคณะกรรมการสภา
กายภาพบำบัด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

* กรณีหัวหน้างานไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดอนุมัติให้ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดรับรองตนเอง

*กรณีหัวหน้างาน/ประธานหลักสูตร ให้แนบหลักฐานเพื่อแสดงการดำรงตำแหน่ง เช่น หนังสือแต่งตั้ง



แบบขอรับรองหลักสูตรจัดอบรมการใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ สำหรับนิสิต นักศึกษา
ตามประกาศสภากายภาพบำบัด
เรื่อง มาตรฐานการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดด้วยการใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
พ.ศ. ๒๕๖๙

๑. ข้อมูลผู้จัดอบรมและหลักสูตร: (แนบโครงการจัดอบรมและประวัติวิทยากร)

- ชื่อสถาบันผู้จัด
- ชื่อหลักสูตร
- จำนวนผู้เข้าร่วมอบรม
- วันที่จัดอบรม
- รูปแบบการอบรม
- รายชื่อนิสิต นักศึกษา ชั้นปีที่ ๔ ที่มีความประสงค์เข้าร่วมอบรม

๒. เครื่องมือกายภาพบำบัดที่ขอรับรองหลักสูตรจัดอบรม

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation : TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation : PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation : tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound : HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy : RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

๒.๑ Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.กคพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.กคพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Principles of magnetic stimulation
☐ มี ☐ ไม่มี	Neurophysiological mechanisms of cortical modulation
☐ มี ☐ ไม่มี	TMS measures, stimulation parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	Indication, contraindication, precaution, adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	Implications for motor functions after stroke and other conditions
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	

☐ มี ☐ ไม่มี TMS ปฏิบัติ ๓๐ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
***กรณีที่จัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	
☐ มี ☐ ไม่มี	การคัดกรองความปลอดภัย
☐ มี ☐ ไม่มี	การควบคุมเครื่องกระตุ้น
☐ มี ☐ ไม่มี	การเลือกหัวกระตุ้นที่เหมาะสม
☐ มี ☐ ไม่มี	การ mark landmark เพื่อหา hot spot กล้ามเนื้อต่าง ๆ
☐ มี ☐ ไม่มี	การหา motor threshold
☐ มี ☐ ไม่มี	การเลือก TMS parameters และ protocol สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยพาร์กินสัน

๒.๒ Peripheral Magnetic Stimulation : PMS

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	principles of magnetic stimulation
☐ มี ☐ ไม่มี	physiological mechanism of actions
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic effects
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีการจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

๒.๓ transcranial Direct Current Stimulation : tDCS

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Neurophysiological mechanisms
☐ มี ☐ ไม่มี	Stimulation parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic effects
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

๒.๔ High Power Laser

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	Physiological effects
☐ มี ☐ ไม่มี	Therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีการจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

๒.๕ High Intensity Focused Ultrasound : HIFU

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

๒.๖ Focused Shockwave

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

๒.๗ Radial Shockwave

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	biophysics principles
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

๒.๘ Radiofrequency Therapy : RF

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	Principles of electromagnetic energy transfer
☐ มี ☐ ไม่มี	mechanism of action
☐ มี ☐ ไม่มี	therapeutic parameters
☐ มี ☐ ไม่มี	indication
☐ มี ☐ ไม่มี	contraindication
☐ มี ☐ ไม่มี	precaution
☐ มี ☐ ไม่มี	adverse events or safety issues
☐ มี ☐ ไม่มี	clinical implication
☐ มี ☐ ไม่มี	อื่นๆ
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีการจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

๒.๙ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อวิทยากรบรรยาย.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

ชื่อวิทยากรปฏิบัติ.....

- ☐ ผ่านการอบรมตามเกณฑ์ที่กำหนด (แนบเอกสารใบประกาศนียบัตร และ รายละเอียดหลักสูตรที่อบรม) หรือ
- ☐ สอน เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ ในหลักสูตรปริญญาตรี / บัณฑิตศึกษา (แนบแผนการสอน) และ
- ☐ มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใหม่ จำนวนอย่างน้อยสิบครั้ง (แนบเอกสาร สภ.คกพ.๔ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร))

☐ มี ☐ ไม่มี บรรยาย ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี	
☐ มี ☐ ไม่มี ภาคปฏิบัติเพื่อการประยุกต์ใช้ทางคลินิก ๓ ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก ***กรณีจัดอบรมภาคปฏิบัติ อัตราส่วนของเครื่องมือต่อนิสิต นักศึกษาจะต้องเป็น ๑:๑๐	

ชื่อผู้ประสานงานโครงการ.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

หมายเหตุ:

- แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดที่มีใบประกอบวิชาชีพ เป็นวิทยากรได้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ
- กรณีวิทยากรที่ไม่ใช่แพทย์หรือนักกายภาพบำบัด เป็นวิทยากรได้เฉพาะภาคทฤษฎี



หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สำหรับวิทยากร)

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง รับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง(หัวหน้างานกายภาพบำบัด/ประธาน
หลักสูตร/นักกายภาพบำบัดอิสระ) สังกัด (ที่ทำงาน).....
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก..... ขอรับรองว่า

- ☐ ชื่อ(ชื่อผู้รับรอง).....ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก.....
☐ ขอรับรองตนเอง

เป็นผู้มีประสบการณ์ใช้เครื่องมือใหม่/พิเศษ

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation: TMS
☐ Peripheral Magnetic Stimulation: PMS
☐ transcranial Direct Current Stimulation: tDCS
☐ High Power Laser
☐ High Intensity Focused Ultrasound: HIFU
☐ Focused Shockwave
☐ Radial Shockwave
☐ Radiofrequency Therapy: RF
☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ณ (สถานที่ทำงาน).....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมเป็นเวลา
.....ปี.....เดือน รวมเป็นจำนวน.....ครั้ง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

* กรณีหัวหน้างานไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดอนุมัติให้ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดรับรองตนเอง
* กรณีหัวหน้างาน/ประธานหลักสูตร ให้แนบหลักฐานเพื่อแสดงการดำรงตำแหน่ง เช่น หนังสือแต่งตั้ง



**แบบคำขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
(อบรมทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ)**

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด (ที่ทำงาน).....
ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก..... อีเมล.....

มีความประสงค์ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation: TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation: PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation: tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound: HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy: RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

และได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้

- ☐ สำเนาประกาศนียบัตรการฝึกอบรมจากสถาบันผู้จัดอบรมซึ่งเป็นสถาบันหลักหรือสถาบันสมทบ (ผ่านการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตามเกณฑ์)
- ☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการขออนุมัติจำนวน ๒๐๐ บาทต่อหนึ่งเครื่องมือ
- ☐ เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)



**แบบคำขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
(อบรมเฉพาะทฤษฎี มีประสบการณ์)**

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด (ที่ทำงาน).....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก.....อีเมล.....

มีความประสงค์ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation: TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation: PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation: tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound: HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy: RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

และได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้

- ☐ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ (สภ.ค.ค.พ.๒)
- ☐ สำเนาประกาศนียบัตรการฝึกอบรมจากสถาบันผู้จัดอบรมภาคทฤษฎีตามเกณฑ์
- ☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการขออนุมัติจำนวน ๒๐๐ บาทต่อหนึ่งเครื่องมือ
- ☐ เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



**แบบคำขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
(มีประสบการณ์ อบรมตามเกณฑ์จากบริษัท)**

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด (ที่ทำงาน).....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก.....อีเมล.....

มีความประสงค์ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation: TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation: PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation: tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound: HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy: RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

และได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้

- ☐ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ สภ.ค.ค.พ.๒
- ☐ สำเนาใบประกาศหรือหนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรมภาคทฤษฎีจากบริษัทผู้ผลิต หรือบริษัทผู้แทนจำหน่าย
เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษดังกล่าวในประเทศไทยหรือต่างประเทศ
- ☐ รายละเอียดการจัดอบรมภาคทฤษฎี
- ☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการขออนุมัติจำนวน ๒๐๐ บาทต่อหนึ่งเครื่องมือ
- ☐ เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)



**แบบคำขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
(เรียนหลักสูตรบัณฑิต มีประสบการณ์)**

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด (ที่ทำงาน).....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเลขที่ ก.....อีเมล.....

มีความประสงค์ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation: TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation: PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation: tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound: HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy: RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

และได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้

- ☐ หนังสือรับรองประสบการณ์การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ สภ.ก.ค.พ.๒
- ☐ รายละเอียดตารางการเรียนการสอน/เอกสารประกอบการสอนตามเกณฑ์
- ☐ หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการขออนุมัติจำนวน ๒๐๐ บาทต่อหนึ่งเครื่องมือ
- ☐ เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)



**แบบคำขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ
(สำหรับบัณฑิต)**

เขียนที่

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

ข้าพเจ้า สำเร็จการศึกษาจาก (ชื่อสถาบันการศึกษา).....
 ได้รับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตามเกณฑ์ที่สภากายภาพบำบัดให้การรับรองการฝึกอบรม เมื่อวันที่.....
 และได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ เลขที่ ก.....เมื่อวันที่.....
 (ต้องยื่นขออนุมัติไม่เกิน ๙๐ วันนับแต่วันที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด)
 อีเมล.....

มีความประสงค์ขออนุมัติใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ

- ☐ Transcranial Magnetic Stimulation: TMS
- ☐ Peripheral Magnetic Stimulation: PMS
- ☐ transcranial Direct Current Stimulation: tDCS
- ☐ High Power Laser
- ☐ High Intensity Focused Ultrasound: HIFU
- ☐ Focused Shockwave
- ☐ Radial Shockwave
- ☐ Radiofrequency Therapy: RF
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

และได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้

☐ ใบรับรองการฝึกอบรมจากสถาบันการศึกษาที่จัดฝึกอบรมเครื่องมือกายภาพบำบัดใหม่/พิเศษ รายบุคคล

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
 (.....)