**เอกสารการสมัครขอรับการตรวจประเมินรับรองเป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)  
ประเภท สถานพยาบาล กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีงบประมาณ 2567**

-----------------------------------------------------------------------------------------

1. ผู้ยื่นขอประเมิน กรอกข้อมูลเบื้องตันของสถานประกอบการ ในหมวดที่ 1 ข้อมูลเบื้องตันของสถานประกอบการ
2. ผู้ยื่นขอประเมิน ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)

โดยการใส่เครื่องหมาย (√) ในช่องผู้ยื่นขอประเมิน ด้วยตนเองแล้ว ในหมวดที่ 2 แบบประเมิน

1. เตรียมข้อมูลรายละเอียด, รูปภาพ หรือวีดิทัศน์ ตามเกณฑ์การประเมิน ของประเภทกิจการ

ที่ขอเข้ารับการตรวจประเมินทุกข้อ เพื่อประกอบการพิจารณา ในหมวดที่ 1

**หมวดที่ 1 ข้อมูลเบื้องตันของสถานประกอบการ**

* 1. **ชื่อสถานประกอบการ** (โปรดระบุให้ชัดเจนเพื่อจัดทำประกาศนียบัตร)

**ชื่อสถานประกอบการ** (ภาษาไทย) โรงพยาบาลตาคลี

**ชื่อสถานประกอบการ** (ภาษาอังกฤษ) Takhli Hospital

* 1. **ประเภทสถานประกอบการ ที่ขอรับการตรวจประเมิน** (1 ประเภทกิจการ : 1 ใบสมัคร)

**O ที่พักนักท่องเที่ยว** (Wellness Accommodation)

**O ภัตตาคาร** (Wellness Restaurant)

**O นวดเพื่อสุขภาพ** (Wellness Massage)

**O สปาเพื่อสุขภาพ** (Wellness Spa)

**√ สถานพยาบาล** (Wellness Clinic)

* 1. **ชื่อผู้ประกอบการ** แพทย์หญิงศรุตา ช่อไสว **ตำแหน่ง** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาคลี
  2. **สถานที่ตั้ง/ที่อยู่ สถานประกอบการ 62 ถ.หัสนัย ตำบลตาคลี อำเภอตาคลี** จังหวัดนครสวรรค์

**เบอร์โทรศัพท์** 056-801111 **อีเมล takhliho@takhlihospital.go.th**

* 1. **ประกาศนียบัตรศูนย์เวลเนส (Wellness Center) ที่**ขอรับ กรุณาเลือก

O ประกาศนียบัตร (ภาษาไทย)

O ประกาศนียบัตร (ภาษาอังกฤษ)

√ ประกาศนียบัตร (ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ)

* 1. **ชื่อ ผู้ประสานงาน/ผู้ยื่นขอประเมิน นางสาวพัชรินทร์ ทองมาเอง**

**เบอร์โทรศัพท์** 082-5086478 **อีเมล patcharin\_fon27@hotmail.com**



ลงนาม .......................................................... ผู้ยื่นขอประเมิน

แพทย์หญิงศรุตา ช่อไสว  
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาคลี

**หมวดที่ 2 แบบประเมิน** **สถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)**

**ประเภทสถานพยาบาล (Wellness Clinic)**

**ชื่อสถานประกอบการ โรงพยาบาลตาคลี**

**√ เป็นสถานพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย**

**ผู้ยื่นขอประเมิน** ทำแบบประเมินสถานประกอบการให้เป็นศูนย์เวลเนส (Wellness Center)โดยการ ใส่เครื่องหมาย √ ในช่องผู้ยื่นขอประเมิน ด้วยตนเอง

| **รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน** | **ผู้ขอประเมิน** | | **สำหรับเจ้าหน้าที่** | | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** |
| **1. พื้นที่รับรอง** | | | | | | |
| 1) พื้นที่บริเวณโดยรอบมีความร่มรื่น สบายตา | √ |  |  |  |  |
| 2) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ | √ |  |  |  |  |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก  มีบรรยากาศผ่อนคลาย | √ |  |  |  |  |
| 4) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ | √ |  |  |  |  |
| 5) ปราศจากเสียงไม่พึงประสงค์ | √ |  |  |  |  |
| 6) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก  มีที่นั่งรอเพียงพอ | √ |  |  |  |  |
| 7) มีสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ  ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ | √ |  |  |  |  |
| 8) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| **2. พื้นที่ให้คำปรึกษา** | | | | | | |
| 1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ | √ |  |  |  |  |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก  มีบรรยากาศผ่อนคลาย | √ |  |  |  |  |
| 3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ | √ |  |  |  |  |
| 4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์ | √ |  |  |  |  |
| 5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก  มีที่นั่งรอเพียงพอ | √ |  |  |  |  |
| 6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค  หรือฟื้นฟูสุขภาพ | √ |  |  |  |  |
| 7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| **3. ห้องบำบัดรักษา** | | | | | | |
| 1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ | √ |  |  |  |  |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก  มีบรรยากาศผ่อนคลาย | √ |  |  |  |  |
| 3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ | √ |  |  |  |  |
| 4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์ | √ |  |  |  |  |
| 5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก  มีที่นั่งรอเพียงพอ | √ |  |  |  |  |
| 6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค  หรือฟื้นฟูสุขภาพ | √ |  |  |  |  |
| 7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| 8) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์  ต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน พร้อมใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| 9) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์  จัดวางเป็นสัดส่วน สะดวก ปลอดภัย | √ |  |  |  |  |
| 10) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องและอุปกรณ์ทางการแพทย์ อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ตามมาตรฐาน | √ |  |  |  |  |
| **4. ห้องสุขา** | | | | | | |
| 1) อยู่ในบริเวณและระยะที่ใช้ได้สะดวก ปลอดภัย  สะอาด และไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ | √ |  |  |  |  |
| 2) แยกห้องสุขาชาย - หญิง | √ |  |  |  |  |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื่น และปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ | √ |  |  |  |  |
| 4) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ | √ |  |  |  |  |
| 5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี | √ |  |  |  |  |
| 6) ผนัง และเพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด | √ |  |  |  |  |
| 7) ประตู และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี และสะอาด | √ |  |  |  |  |
| 8) ขนาดห้องมีความเหมาะสม | √ |  |  |  |  |
| 9) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| 10) มีโถส้วมแบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด | √ |  |  |  |  |
| 11) มีโถปัสสาวะชายที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด | √ |  |  |  |  |
| 12) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงาที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด | √ |  |  |  |  |
| 13) มีสบู่ในภาชนะที่สะอาดบริเวรอ่างล้างมือ | √ |  |  |  |  |
| 14) มีกระดาษชำระในภาชนะสะอาดพร้อมใช้งาน  ในห้องสุขาทุกห้อง | √ |  |  |  |  |
| 15) มีฝักฉีดชำระที่สะอาด พร้อมใช้งานในห้องสุขา  ทุกห้อง | √ |  |  |  |  |
| 16) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องสุขาหญิง  ทุกห้อง | √ |  |  |  |  |
| 17) มีถังขยะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือและในห้องสุขา  ทุกห้อง | √ |  |  |  |  |
| 18) จัดให้มีห้องสุขาที่มีองค์ประกอบและอุปกรณ์เหมาะสม สำหรับคนพิการอย่างน้อย 1 ห้อง | √ |  |  |  |  |
| 19) มีพื้นที่เพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ ไม่อึดอัด  หรือคับแคบ | √ |  |  |  |  |
| **5. อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตที่จำเป็น ครบถ้วน พร้อมใช้งาน และผู้ให้บริการสามารถใช้งานได้** | | | | | | |
| 1) มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือ เครื่อง AED | √ |  |  |  |  |
| 2) มีเครื่องช่วยหายใจชนิดมือบีบ (Ambu bag) | √ |  |  |  |  |
| 3) มี Oxygen สำหรับให้บริการเวลาฉุกเฉิน | √ |  |  |  |  |
| 4) มีรถเตรียมยาฉุกเฉินสำหรับช่วยชีวิต | √ |  |  |  |  |
| 5) มีเครื่องมือช่วยใส่ท่อหายใจ (Laryngoscope)  ที่พร้อมใช้ (กรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่) | √ |  |  |  |  |
| 6) มีท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET tube)  ที่พร้อมใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| 7) มี่อุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ ที่จำเป็นตามความเหมาะสม  ที่พร้อมใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| 8) มียาช่วยชีวิตหรือบำบัดอาการไม่พึงประสงค์  ที่พร้อมใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| **6. เครื่องมือเครื่องใช้หรืออุปกรณ์เสริมการให้บริการมีมาตรฐาน สะอาดและพร้อมใช้งาน** | | | | | | |
| 1) ที่นอน และผ้าปูที่นอน | √ |  |  |  |  |
| 2) ชุดแต่งกาย | √ |  |  |  |  |
| 3) ที่นั่ง | √ |  |  |  |  |
| 4) ชุดพนักงาน | √ |  |  |  |  |
| 5) เครื่องมือแพทย์ สะอาด มีการตรวจสอบมาตรฐาน  และพร้อมใช้งาน | √ |  |  |  |  |
| 6) ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ให้บริการได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายให้การรับรองในกรณีที่มีการปรุงให้เป็นการเฉพาะสำหรับผู้รับบริการ  แต่ละราย | √ |  |  |  |  |
| **7. บุคลากร** | | | | | | |
| **7.1 ผู้ให้บริการทุกส่วน และทุกระดับ** | | | | | | |
| 1) แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย และสะอาด | √ |  |  |  |  |
| 2) ติดป้ายชื่อภาษาไทยหรือภาษาต่างชาติตามความเหมาะสม | √ |  |  |  |  |
| **7.2 ผู้ให้บริการมีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริการเวลเนส สามารถให้คำแนะนำผู้รับบริการได้** | | | | | | |
| 1) ผู้ดำเนินการ | √ |  |  |  |  |
| 2) ผู้ประกอบวิชาชีพ | √ |  |  |  |  |
| 3) พนักงานผู้ช่วย | √ |  |  |  |  |
| 4) พนักงานต้อนรับ | √ |  |  |  |  |
| 5) พนักงานการเงิน | √ |  |  |  |  |
| **8. มีบริการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับความหมายของเวลเนส** | | | | | | |



ลงนาม ................................................................ ผู้ยื่นขอประเมิน

แพทย์หญิงศรุตา ช่อไสว   
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาคลี

**หมวดที่ 3 ตัวอย่างเอกสารแนบประกอบ ประเภท สถานพยาบาล**

|  |
| --- |
| **รายการเกณฑ์/หมวดและหัวข้อการประเมิน** |
| **1. พื้นที่รับรอง** |
| 1) พื้นที่บริเวณโดยรอบมีความร่มรื่น สบายตา |
| 2) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย |
| 4) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ |
| 5) ปราศจากเสียงไม่พึงประสงค์ |
| 6) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ |
| 7) มีสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ |
| 8) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน    D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\987323_0.jpg |
| **2. พื้นที่ให้คำปรึกษา** |
| 1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย |
| 3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ |
| 4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์ |
| 5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ |
| 6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ |
| 7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983528_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983524_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983525_0.jpg |
| **3. ห้องบำบัดรักษา** |
| 1) พื้นที่มีความสะอาด เป็นระเบียบ |
| 2) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก มีบรรยากาศผ่อนคลาย |
| 3) ปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ |
| 4) ปราศจากเสียงที่ไม่พึงประสงค์ |
| 5) การจัดแบ่งพื้นที่ในการใช้งานเป็นสัดส่วน สะดวก มีที่นั่งรอเพียงพอ |
| 6) มีสื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพ |
| 7) มีแสงสว่างที่เหมาะสม เพียงพอกับการใช้งาน |
| 8) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องมีคุณภาพและมาตรฐาน พร้อมใช้งาน |
| 9) ผลิตภัณฑ์ เครื่องและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดวางเป็นสัดส่วน สะดวก ปลอดภัย |
| 10) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องและอุปกรณ์ทางการแพทย์ อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ตามมาตรฐาน  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983571_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983582_0.jpg |
| **4. ห้องสุขา** |
| 1) อยู่ในบริเวณและระยะที่ใช้ได้สะดวก ปลอดภัย สะอาด และไม่รบกวนพื้นที่ใช้สอยอื่น ๆ |
| 2) แยกห้องสุขาชาย - หญิง |
| 3) มีการระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื่น และปราศจากกลิ่นไม่พึงประสงค์ |
| 4) มีแสงสว่างและไฟส่องสว่างเพียงพอ |
| 5) พื้น อยู่ในสภาพดี สะอาด ไม่ลื่น และระบายน้ำได้ดี |
| 6) ผนัง และเพดาน อยู่ในสภาพดี และสะอาด |
| 7) ประตู และอุปกรณ์ อยู่ในสภาพดี และสะอาด |
| 8) ขนาดห้องมีความเหมาะสม |
| 9) ความสูงของเพดานมีความเหมาะสม |
| 10) มีโถส้วมแบบนั่งราบที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอา |
| 11) มีโถปัสสาวะชายที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดีและสะอาด |
| 12) มีอ่างล้างมือพร้อมกระจกเงาที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี และสะอาด |
| 13) มีสบู่ในภาชนะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือ |
| 14) มีกระดาษชำระในภาชนะสะอาดพร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง |
| 15) มีฝักฉีดชำระที่สะอาด พร้อมใช้งานในห้องสุขาทุกห้อง |
| 16) มีถุงใส่ผ้าอนามัย (Sanitary Bag) ในห้องสุขาหญิงทุกห้อง |
| 17) มีถังขยะที่สะอาดบริเวณอ่างล้างมือและในห้องสุขาทุกห้อง |
| 18) จัดให้มีห้องสุขาที่มีองค์ประกอบและอุปกรณ์เหมาะสม สำหรับคนพิการอย่างน้อย 1 ห้อง |
| 19) มีพื้นที่เพียงพอต่อการใช้ประโยชน์ ไม่อึดอัดหรือคับแคบ  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983581_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983570_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983580_0.jpg      **ห้องน้ำหญิง**  **ห้องน้ำชาย**  **ห้องอาบน้ำ** |
| **5. อุปกรณ์และยาช่วยชีวิตที่จำเป็น ครบถ้วน พร้อมใช้งาน และผู้ให้บริการสามารถใช้งานได้** |
| 1) มีเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า หรือ เครื่อง AED |
| 2) มีเครื่องช่วยหายใจชนิดมือบีบ (Ambu bag) |
| 3) มี Oxygen สำหรับให้บริการเวลาฉุกเฉิน |
| 4) มีรถเตรียมยาฉุกเฉินสำหรับช่วยชีวิต |
| 5) มีเครื่องมือช่วยใส่ท่อหายใจ (Laryngoscope) ที่พร้อมใช้ (กรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่) |
| 6) มีท่อช่วยหายใจ (Endotracheal tube: ET tube) ที่พร้อมใช้งาน |
| 7) มี่อุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ ที่จำเป็นตามความเหมาะสม ที่พร้อมใช้งาน |
| 8) มียาช่วยชีวิตหรือบำบัดอาการไม่พึงประสงค์ ที่พร้อมใช้งาน  AED  **Ambu bag และ Oxygen**  **Laryngoscope**  **เครื่อง AED**    **Endotracheal tube:**  **ET tube**  **รถเตรียมยาฉุกเฉิน**  **สำหรับช่วยชีวิต**  **ยาช่วยชีวิต**  **หรือบำบัดอาการไม่พึงประสงค์** |
| **6. เครื่องมือเครื่องใช้หรืออุปกรณ์เสริมการให้บริการมีมาตรฐาน สะอาดและพร้อมใช้งาน** |
| 1) ที่นอน และผ้าปูที่นอน |
| 2) ชุดแต่งกาย |
| 3) ที่นั่ง |
| 4) ชุดพนักงาน |
| 5) เครื่องมือแพทย์ สะอาด มีการตรวจสอบมาตรฐาน และพร้อมใช้งาน |
| 6) ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ให้บริการได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายให้การรับรองในกรณีที่มีการปรุงให้เป็นการเฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983716_0.jpg  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983583.jpg  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983527_0.jpg  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\386182_0.jpg  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\983522_0.jpg |
| **7. บุคลากร** |
| **7.1 ผู้ให้บริการทุกส่วน และทุกระดับ** |
| 1) แต่งกายสุภาพ เรียบร้อย และสะอาด |
| 1. ติดป้ายชื่อภาษาไทยหรือภาษาต่างชาติตามความเหมาะสม |
| **7.2 ผู้ให้บริการมีองค์ความรู้ด้านการส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริการเวลเนส สามารถให้คำแนะนำผู้รับบริการได้** |
| 1. ผู้ดำเนินการ : แพทย์แผนไทย ระดับ ชำนาญการ   (วุฒิแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต มีใบประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์) |
| 2) ผู้ประกอบวิชาชีพ : แพทย์แผนไทยประยุกต์ |
| 3) พนักงานผู้ช่วย : ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) |
| 4) พนักงานต้อนรับ : ผ่านการอบรมพฤติกรรมบริการ |
| 5) พนักงานการเงิน : เจ้าพนักงานการเงิน ระดับชำนาญงาน ของโรงพยาบาล |
| **8. มีบริการส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับความหมายของเวลเนส**  อธิบายเพิ่มเติม โรงพยาบาลตาคลี มีการจัดบริการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่  8.1 มีการจัดมุมเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย  8.2 มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้  - การนวดตัว/นวดเท้าเพื่อสุขภาพ  - ประคบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ  - การอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\1022880_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\1022878_0.jpg  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\1022876_0.jpg  **มุมเรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพ**  **มุมเรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพ**  **มุมเรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพ**  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\1022869_0.jpg  **มุมเรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพ**  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\1022873_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\1022871_0.jpg  **การนวดและประคบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ**  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\987939_0.jpgD:\งานดวง\รุปทำพ้อย\987938_0.jpg  **b9**  D:\งานดวง\รุปทำพ้อย\987917_0.jpg  **การอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ** |