



แบบฟอร์มยื่นความประสงค์

ขอความอนุเคราะห์หน่วยทันตกรรมพระราชทาน มหาวิทยาลัยนเรศวร

1. ประเภทการขอรับบริการ

- ☐ โครงการให้บริการทันตกรรมทั่วไป ได้แก่ ตรวจสุขภาพฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟันและผ่าฟันคุด
- ☐ โครงการใส่ฟันเทียมพระราชทาน ได้แก่ ฟันปลอมแบบถอดได้ทั้งปาก

2. หน่วยงานต้องการขอรับบริการ.....

3. ที่อยู่.....

4. ผู้ประสานงาน.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

5. พื้นที่ให้บริการ (ตำบล / อำเภอ / จังหวัด)

6. เหตุผลและความจำเป็น

.....

.....

7. กลุ่มเป้าหมาย (ระบุจำนวน)

☐ ประชาชนทั่วไป จำนวน.....คน

☐ ผู้สูงอายุ จำนวน.....คน

☐ ผู้พิการ จำนวน.....คน

☐ ผู้สูญเสียฟัน จำนวน.....คน

☐ อื่นๆ..... จำนวน.....คน

8. ความพร้อมของสถานที่

☐ ระบบไฟฟ้า ☐ ระบบประปา ☐ อาคาร/สถานที่

.....

9. เอกสารที่ต้องแนบมาด้วย

หนังสือราชการเพื่อขอความอนุเคราะห์ระบุรายละเอียดปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่ และจำนวน (เป้าหมาย) ผู้รับบริการ

10. เคยมีหน่วยทันตกรรมพระราชทาน/หน่วย พอ.สว./หรือหน่วยอื่นๆ ไปออกให้บริการหรือไม่

☐ เคยไป ปี พ.ศ..... ☐ ไม่เคยไป

เกณฑ์การพิจารณาของหน่วยทันตกรรมพระราชทานฯ

1. ประเภทให้บริการทันตกรรมทั่วไป

- พื้นที่อยู่ในเขต 9 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก ตาก สุโขทัย พิจิตร กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ อุทัยธานี นครสวรรค์
- พื้นที่ดังกล่าว/ประชาชนขาดแคลนหรือเข้าถึงบริการทันตกรรมยาก
- มีกลุ่มเป้าหมายให้บริการอย่างน้อย 200 คนขึ้นไป
- สถานที่มีความพร้อมด้านระบบไฟฟ้า ประปา และความปลอดภัย

2. ประเภทใส่ฟันเทียมพระราชทาน (แบบถอดได้ทั้งปาก)

- เป็นหน่วยงาน/โรงพยาบาลของรัฐที่ขอความอนุเคราะห์
- มีผู้ป่วยรอคิวใส่ฟันเทียม ของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- มีผู้ป่วยคิวใส่ฟันเทียมอย่างน้อย 35 รายขึ้นไป
- หน่วยงาน/โรงพยาบาล ต้องเป็นผู้รับผิดชอบติดตามผลการใส่ฟันเทียมมีระบบนัด recheck หลังใส่ฟัน

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

ตำแหน่ง.....