



ที่ สข ๐๐๓๒.๐๐๗/ ๑๓๕๖๗

ศาลากลางจังหวัดสงขลา  
ถนนราชดำเนิน ตำบลบ่อยาง  
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ๙๐๐๐๐

๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การประกวด “หนูน้อย ฟันสวย ฟันดี ศรีกาชาด ๖๐”  
งานกาชาดจังหวัดสงขลา ประจำปี ๒๕๖๐

เรียน **ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสงขลา**

สิ่งที่ส่งมาด้วย เกณฑ์และใบสมัครการประกวดฯ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย จังหวัดสงขลา ได้กำหนดจัดงานกาชาดจังหวัดสงขลา ประจำปี ๒๕๖๐ ระหว่างวันที่ ๒๙ มิถุนายน - ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ บริเวณสนามสระบัว แหลมสมิหลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้จัดนิทรรศการรณรงค์สร้างกระแสสังคมด้านสุขภาพร่วมกับงานกาชาดจังหวัดสงขลาประจำปี ๒๕๖๐ โดยจัดให้มีการประกวด “หนูน้อย ฟันสวย ฟันดี ศรีกาชาด ๖๐” ในวันอังคารที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๖.๓๐ - ๑๘.๓๐ น.

ในการนี้ จังหวัดสงขลา จึงใคร่ขอเชิญชวนให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียน ในเขตรับผิดชอบของท่าน คัดเลือก เด็กที่มีอายุ ๔ ปี ๖ เดือน - ๕ ปี ๖ เดือน ที่มีฟันดี ฟันสวย (ตามเกณฑ์ที่ส่งมาด้วย) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนละ ๔ - ๕ คน โดยรายงานตัวต่อคณะกรรมการประกวด เวลา ๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. และเริ่มดำเนินการประกวดเวลา ๑๖.๓๐ - ๑๘.๐๐ น. ณ เต็นท์กระทรวงสาธารณสุข และส่งรายชื่อเด็กและสังกัดที่จะประกวดให้ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และให้ความร่วมมือในกิจกรรมดังกล่าวด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทิศศักดิ์ หิริรัตนกุล)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๕๔

โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๑๓๘๖ , ๐ ๗๔๓๒ ๖๐๙๘

# การประกวด “หนูน้อย ฟันสวย ฟันดี ศรีกาชาด ๖๐ ”

งานกาชาดจังหวัดสงขลา ประจำปี ๒๕๖๐

ณ เต็นท์กระทรวงสาธารณสุข สระบัว แหลมสมิหลา อ.เมือง จ.สงขลา  
วันอังคาร ที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐

## เกณฑ์การประกวด

๑. เด็กที่มีอายุ ๔ ปี ๖ เดือน - ๕ ปี ๖ เดือน ณ วันที่ ๔ กค. ๖๐
๒. ฟันน้ำนมครบ ๒๐ ซี่
๓. ไม่มีโรคในช่องปาก เช่น ฟันผุ / เหงือกอักเสบ
๔. ความสะอาดของช่องปาก
๕. การสบฟัน
๖. การเรียงตัวของฟัน
๗. กลิ่นปาก
๘. สุขภาพอื่นๆ/ความร่วมมือของเด็ก/การพูดคุย /การโต้ตอบ เป็นต้น

## รางวัล

๑. รางวัลชนะเลิศ : เป็นเงิน ๑,๐๐๐ บาท + เกียรติบัตร+ชุดของขวัญ
๒. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๑ : เป็นเงิน ๘๐๐ บาท + เกียรติบัตร+ชุดของขวัญ
๓. รางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๒ : เป็นเงิน ๖๐๐ บาท + เกียรติบัตร+ชุดของขวัญ
๔. รางวัลชมเชย : เป็นเงิน ๓๐๐ บาท + เกียรติบัตร+ชุดของขวัญ
๕. ผู้ที่เข้าร่วมประกวดทุกคนจะได้รับเกียรติบัตร+ชุดของขวัญ

## สิ่งที่ท่านต้องเตรียมไปด้วยในวันที่ประกวด

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคุณครูหรือผู้ปกครองเด็ก จำนวน ๑ ชุดต่อเด็ก ๑ คน (เพื่อใช้ในการประกอบการรับรางวัล)
๒. สำเนาทะเบียนบ้านที่มีรายชื่อเด็กเข้าประกวด จำนวน ๑ ชุด
๓. ลงทะเบียนรายงานตัวเข้าประกวด ตั้งแต่เวลา ๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ติดต่อผู้ประสานงาน / แจ้งรายชื่อประกวด ได้ที่....

นางสาวทิตยา ช่อทอง

โทรศัพท์

๐๘๘-๗๘๘๑๗๕๔

๐๙๑-๔๓๔๒๗๙๒

โทรสาร

๐๗๔-๓๑๑๓๘๖

E-mail : [ttitaya@hotmail.com](mailto:ttitaya@hotmail.com)

## ใบสมัคร

การประกวด “หนูน้อย ฟันสวย ฟันดี ศรีกาชาด ๖๐ ”

งานกาชาดจังหวัดสงขลา ประจำปี ๒๕๖๐

ณ เต็นท์กระทรวงสาธารณสุข สระบัว แหลมสมิหลา อ.เมือง จ.สงขลา

วันอังคาร ที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐

.....

- โรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.....
- สังกัด.....
- ที่อยู่ เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัดสงขลา  
โทรศัพท์.....

### ๑. ชื่อผู้เข้าประกวด ได้แก่

- ๑.๑.....อายุ.....ปี.....เดือน
- ๑.๒.....อายุ.....ปี.....เดือน
- ๑.๓.....อายุ.....ปี.....เดือน
- ๑.๔.....อายุ.....ปี.....เดือน
- ๑.๕.....อายุ.....ปี.....เดือน

### ๒. ชื่อผู้ประสาน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....(ผู้ประสาน)  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

☛ ส่งใบสมัครได้ที่.....กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
สงขลา ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ หรือ โทรสาร ๐๗๔-๓๑๑๓๘๖  
หรือ E-mail : ttitaya@hotmail.com หรือ โทรศัพท์ ๐๘๘-๗๘๘๑๗๕๔ ,  
๐๙๑-๔๓๔๒๗๙๒