



สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษเขต ๑  
 รับที่..... 15022  
 วันที่..... 21 ธ.ค. 2561..... เวลา 14:39 น.  
 อก.  กง.  บค.  นผ.  สกค.  
 นตป.  ตสน.  สข.  ลส.  นท.

ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๐๓/๑๖๓๙๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ศก ๓๓๐๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ 174 21 ธ.ค. 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ส่งผลงานประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเต็นส่งเสริมทันตสุขภาพ  
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดการประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเต็นส่งเสริมทันตสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด
- ๒. ใบสมัครส่งผลงานประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเต็นส่งเสริมทันตสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการแปร่งฟันในเด็กนักเรียน ผ่านการประกวดแต่งเพลงประกอบทำเต็นส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อสร้างกระแสให้นักเรียนเห็นความสำคัญของการแปร่งฟัน และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้โรงเรียนประถมศึกษาในสังกัดของท่าน ส่งผลงานประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเต็นส่งเสริมทันตสุขภาพ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยส่งผลงานได้ที่ E-mail : Dentssk@gmail.com ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โทรศัพท์หมายเลข ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐ ต่อ ๑๐๔, ๑๐๕

เรียน อ.ศร.ด.ก. 1 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณ

- ศ.นง. ศาตราจารย์ ดร. อ.ด.ก. ขอความอนุเคราะห์ ขอแสดงความนับถือ  
 ส่งผลงานประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเต็น  
 ส่งเสริมทันตสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด - 1 ก.พ. ๒๕๖๒

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

- เพื่อโปรดทราบและเห็นด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
 กลุ่มงานทันตสาธารณสุข  
 โทร. ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐ ถึง ๖ ต่อ ๑๐๕  
 โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๒

นางจุริภรณ์ หลาวทอง  
 นักวิชาการศึกษานโยบายพิเศษ

(นายรุ่งสุชธี บุญเรือง)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑ ปฏิบัติราชการแทน  
 ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต ๑

ใบสมัครเข้าร่วมการประกวด  
“ แต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเดินส่งเสริมทัศนสุขภาพ ”



รายละเอียดผู้สมัคร (โปรดกรอกข้อมูลโดยละเอียดให้ชัดเจน)

โรงเรียน .....

ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์โรงเรียน .....

ครูผู้ส่งผลงาน ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี

ตำแหน่ง ..... ระดับ .....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

E - mail .....

รายชื่อนักเรียนที่เข้าร่วมการประกวด

1. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

2. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

3. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

4. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

5. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

6. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

7. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

8. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

9. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

10. ชื่อ .....สกุล.....อายุ..... ปี ชั้น .....

สรุป เนื้อเพลงพอสังเขป

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดในหลักเกณฑ์การประกวดแต่งเพลงแปร่งฟันประกอบทำเดินส่งเสริมทัศนสุขภาพ เป็นที่เข้าใจ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การประกวดทุกประการ รวมทั้งขอรับผิดชอบด้านลิขสิทธิ์ของข้อมูล ทุกชนิดในผลงาน และยินยอมให้ผู้อื่นนำผลงานของตนเองไปใช้เพื่อการเผยแพร่ได้โดยอ้างอิงแหล่งที่มา

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



กรมอนามัย  
DEPARTMENT OF HEALTH

การประกวดแต่งเพลง

เพลงประพันธ์ประกอบทำนอง  
ส่งเสริมทัศนตสุขภาพ

ชิงเงินรางวัล

150,000 บาท

1. รางวัลชนะเลิศ

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล

30,000 บาท

2. รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล

25,000 บาท

3. รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 2

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล

20,000 บาท

4. รางวัลชมเชย 10 รางวัล

ประกาศนียบัตร + เงินรางวัล รางวัลละ

7,500 บาท



หมายเหตุ

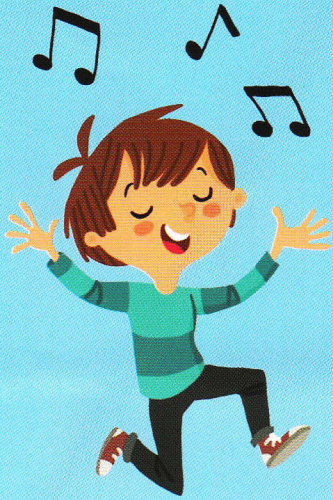
1. รางวัลชนะเลิศ รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 และ 2 รับรางวัลในวันที่ 4 - 5 เมษายน 2562

ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ตจัหวัดปทุมธานี และรางวัลชมเชย 10 รางวัล สำนักทันตสาธารณสุขจะจัดส่งเงินรางวัลไปให้

สามารถ Download ใบสมัคร  
และรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่



# รายละเอียด กติกาการส่งผลงาน เข้าประกวด



1. ต้องเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6
2. ต้องเป็นบทเพลงที่ได้แต่งขึ้นใหม่ทั้งเนื้อร้องและทำนอง ไม่เคยเผยแพร่มาก่อน ไม่ได้ออกเลียนแบบมาจากผลงานผู้อื่น หากคณะกรรมการมาพบว่าเป็นเพลงเก่าที่เคยเผยแพร่มาก่อนให้ถือเป็นโมฆะ
3. รับบทเพลงทุกลักษณะ ทุกชนิด ทุกลีลา และทุกรูปแบบ โดยเปิดกว้างให้เสนอความแตกต่างเสนอความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการได้เต็มที่โดยโรงเรียนหนึ่งสามารถส่งผลงานได้ไม่จำกัดจำนวน แต่ทั้งนี้สามารถรับรางวัลสูงสุดได้เพียง 1 รางวัล เท่านั้น
4. ความยาวเพลงประกอบทำนอง อย่างน้อย 2 นาที ไม่เกิน 3 นาที บันทึกในรูปแบบ .mp4 โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเพณี 2-2-2
5. บทเพลงประกอบทำนองที่ส่งเข้าประกวด ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ “สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย” มีสิทธินำบทเพลงที่ชนะการประกวดไปเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ โฆษณา ให้ความบันเทิงกับประชาชน โดยชอบด้วยกฎหมาย หรือดัดแปลงตามความเหมาะสม
6. การส่งบทเพลงเข้าประกวด ถือว่ายอมรับกติกา และวิธีการดำเนินการของฝ่ายจัดประกวด ผู้ส่งผลงานไม่สามารถเรียกร้องสิทธิใดๆ ได้
7. ผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นสิ้นสุด ไม่สามารถเรียกร้องสิทธิใดๆ ได้
8. รางวัลที่ถือเป็นประโยชน์ต่างตอบแทนเป็นที่สิ้นสุดและเหมาะสมแล้ว ไม่สามารถเรียกร้องสิทธิใดๆ ได้

## การส่งผลงาน

ส่งผลงานพร้อมหลักฐานผ่านทางไปรษณีย์ โดยส่งมาที่ **ศูนย์อนามัยตามเขตที่รับผิดชอบ** (วงเล็บมุมของ “ประกวดเพลงประกอบทำนองส่งเสริมทันตสุขภาพ”) โดยแนบเอกสาร ดังนี้

1. ใบสมัคร
2. สำเนาหลักฐานของผู้ส่งใบสมัคร เช่น สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
3. แผ่น VCD ผลงานเพลงประกอบทำนองส่งเสริมทันตสุขภาพในรูปแบบ .MP4
4. เนื้อเพลงฉบับเต็มในไฟล์ Microsoft Word



## ระยะเวลาการส่งผลงาน

1. เปิดรับผลงานเพลงตั้งแต่ บัดนี้ถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562
2. คัดเลือกรอบแรกโดยให้แต่ละศูนย์อนามัยตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตัดสินเลือกอันดับ 1 ของแต่ละศูนย์อนามัย แล้วส่งผลงานมายังสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562
3. คัดเลือกผลงานรอบที่ 2 และประกาศผลรางวัลชนะเลิศ 3 บทเพลงสุดท้าย ผ่านทาง Facebook Fanpage “Mouth มิวส์ ฟันดี” ภายในวันที่ 16 มีนาคม 2562 มี โดยกำหนดเกณฑ์การตัดสินผลการแข่งขัน ดังนี้
  - 3.1 จำนวนผู้ชมที่กด Like และ Share
  - 3.2 การตัดสินคะแนนจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งนี้สามารถเข้าไปกด Like และ Share ได้ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2562 เป็นต้นไป



## สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน สำนักทันตสาธารณสุข  
Ins. 02-590-4209 และ Facebook Fanpage “Mouth มิวส์ ฟันดี”

สามารถ Download ใบสมัคร  
และรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

