



## ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

### เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ตำแหน่งนักการเงินและบัญชี

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม ตำแหน่งนักการเงินและบัญชี ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๗/๔ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๑๓,๓๐๐ บาท ว่างอยู่ จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

#### ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. ได้รับปริญญาตรีหรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ทางด้านการเงินและบัญชี
๔. มีความรู้ความสามารถ ในการใช้โปรแกรม Microsoft Office ได้เป็นอย่างดี
๕. มีความรู้ความสามารถในการติดต่อประสานงานกับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๗. หากเป็นชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารมาแล้ว

#### ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันศุกร์ที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๖ ในวันและเวลาทำการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

### ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

- |  |       |   |      |
|--|-------|---|------|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา และ Transcript   | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน  | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน  | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๕. สำเนาหลักฐานการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ชาย)   | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม.   | จำนวน | ๑ | รูป  |
| ๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้ค้าประกัน<br>(ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป) | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| ๘. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี)   | จำนวน | ๑ | ฉบับ |

### ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

**ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียนและสอบปฏิบัติ** วันอังคารที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๖ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ณ บ้ายประกาศงานบริหารทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

**สอบข้อเขียน** ความรู้ด้านบัญชีทั่วไป ในวันจันทร์ที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องบรรยายบัณฑิตศึกษา ชั้น ๔ อาคาร ๕


**สอบปฏิบัติ** การใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม (Microsoft Word, Excel ๒๐๑๐) ในวันจันทร์ที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องอบรม/ ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ชั้น ๕ อาคาร ๗

**ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์** วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ณ บ้ายประกาศงานบริหารทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

**สอบสัมภาษณ์** วันจันทร์ที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗

**ประกาศผลการคัดเลือก** วันศุกร์ที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๖ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ณ บ้ายประกาศงานบริหารทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์การุณ เวโรจน์)

รองคณบดี รักษาการแทน  
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์





7. ความรู้ ความสามารถ หรือความชำนาญพิเศษ :

.....  
.....  
.....

8. บุคคลรับรองที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม :

8.1 ชื่อ-นามสกุล : ..... ความสัมพันธ์ : .....

ระยะเวลาที่รู้จัก : ..... ตำแหน่ง : .....

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ : .....

โทรศัพท์ : ..... อีเมล : .....

8.2 ชื่อ-นามสกุล : ..... ความสัมพันธ์ : .....

ระยะเวลาที่รู้จัก : ..... ตำแหน่ง : .....

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ : .....

โทรศัพท์ : ..... อีเมล : .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบว่าหาก  
ระบุข้อมูลที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด  
ออกจากราชการทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(ลงชื่อ) .....ผู้สมัคร

ยื่นใบสมัครวันที่ ...../...../.....

## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว .....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาว .....ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อเสียดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

**หมายเหตุ** (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ผู้รับรองและคำประกัน

เขียนที่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

เกี่ยวข้องกับผู้สมัคร คือเป็น.....ขอรับรองและให้สัญญาคำประกันต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่า

1. ข้อความที่.....ผู้สมัคร กล่าวข้างต้น ถูกต้องทุกประการ

2. ถ้าผู้สมัครได้เข้าทำงานแล้ว ลาออก หรือละทิ้งหน้าที่ราชการไป ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ก็ตาม หรือถูก  
ลงโทษให้ออก ปลดออก ซึ่งในการนี้ได้นำสิ่งของของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ไปด้วย หรือมีความผูกพันอยู่กับ  
ทรัพย์สินของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือมีความผูกพันที่จะต้องชดใช้ค่าเสียหายใด ๆ ให้แก่  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะชดใช้ค่าเสียหายที่.....

ผู้สมัครก่อให้เกิดขึ้นแก่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามจำนวนที่เสียหายไปทันที โดยมหาวิทยาลัยไม่ต้องเรียกร้องเอา  
จาก.....ผู้สมัครก่อน

3. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า ตลอดระยะเวลาที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ยังจ้าง.....  
เป็นลูกจ้างอยู่ ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนสัญญาคำประกันฉบับนี้ ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

4. ในกรณีคำสั่งจ้าง.....สิ้นสุดลง และมหาวิทยาลัยได้สั่งจ้าง  
.....ผู้สมัครต่อไปอีก ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในฐานะผู้คำ  
ประกัน.....ผู้สมัครต่อไป ทั้งนี้ไม่ว่ามหาวิทยาลัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบหรือไม่ก็ตาม

5. ข้าพเจ้าขอแสดงหลักทรัพย์ คือ .....

ซึ่งเป็นกรรมสิทธิ์ของข้าพเจ้า และปลอดจากภาระผูกพันใด ๆ อันทำให้ทรัพย์สินนี้เสื่อมค่า เพื่อเป็นหลักฐาน  
ในการคำประกันไว้ต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้หรือภาระผูกพันใด ๆ ใน  
ทรัพย์สินดังกล่าว ตลอดระยะเวลาที่สัญญาคำประกันฉบับนี้ยังมีผลใช้บังคับอยู่

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า แม้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะผ่อนเวลาชำระหนี้ให้แก่.....  
ผู้สมัคร ข้าพเจ้าก็ตกลงยินยอมรับผิดชอบในฐานะผู้คำประกันต่อไป

จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเพื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

ข้าพเจ้า.....คู่สมรส.....  
ยินยอมให้.....เป็นผู้ค้ำประกัน.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอม  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

หมายเหตุ

อนึ่ง ปัจจุบันคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มอบหมายให้.....  
ซึ่งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) รับผิดชอบงานเกี่ยวกับด้านการเงินหรือบัญชี ข้าพเจ้าใน  
ฐานะผู้ค้ำประกัน ยินดีผูกพันตนค้ำประกัน.....

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)