



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่งอาจารย์

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง อาจารย์ สังกัดภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน (สาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป) ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๓๑ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๓๗,๐๐๐ บาท (คุณวุฒิปริญญาเอกหรือเทียบเท่า) วางอยู่จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงาน มหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการ บริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อน กำหนด
๓. เป็นผู้สำเร็จปริญญาเอกหรือเทียบเท่า (ทางทันตแพทยศาสตร์)
๔. เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทยสภา
๕. อายุไม่เกิน ๔๐ ปี

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัคร และยื่นใบสมัครได้ที่งาน บริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๓- ๙๔๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐๕๓-๙๔๔๔๔๓ ได้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป **จนถึงวันศุกร์ที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๙** ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำสำเนาเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

- | | | |
|---|---|-----|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา พร้อม Transcript | ๑ | ชุด |
| ๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ | ๑ | ชุด |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | ๑ | ชุด |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ | ชุด |
| ๕. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ชุด |
| ๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม. | ๑ | รูป |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการรับสมัครและสอบคัดเลือก
ดังนี้

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ	วันจันทร์ที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๕๙ ทางเว็บไซต์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ http://www.dent.cmu.ac.th
ทดสอบบุคลิกภาพ ทางด้านจิตวิทยา	วันพุธที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๙ ลงทะเบียนเวลา ๐๘.๓๐-๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละเอียด ๔๑๐ บาท)
สอบสัมภาษณ์	วันพฤหัสบดีที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป ชั้น ๓ อาคาร ๓
ประกาศผลการคัดเลือก	วันศุกร์ที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ ทางเว็บไซต์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ http://www.dent.cmu.ac.th

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.ลิทธิชัย วนจันทร์รักษ์)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[illegible]

3. ประวัติการทำงาน

เดือน/ปี ที่เข้าทำงาน		สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	งานที่รับผิดชอบ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออก
จาก	ถึง					

4. ปัจจุบันประกอบอาชีพ : ตำแหน่ง :

เงินเดือนสุดท้าย : บาท สถานที่ทำงาน :

.....

วัน เดือน ปี เข้าทำงาน : โทรศัพท์ :

5. ผลงานทางวิชาการ (ถ้ามี)

[illegible]

6. ประวัติการฝึกอบรม

[illegible]

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 :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้อมูลที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก
ระบุข้อมูลที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด
ออกจากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(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 / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายวิภาคภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อ เติบโตให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย