

ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่งทันตแพทย์

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งทันตแพทย์ สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๓๕ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๒๔,๓๘๐ บาท ว่างอยู่จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓

๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด

๓. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางทันตแพทยศาสตร์หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทยสภา

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัคร และยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๓-๙๔๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐๕๓-๙๔๔๔๘๓ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันศุกร์ที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ http://www.dent.cmu.ac.th

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา พร้อม Transcript	๑	ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	๑	ฉบับ
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน	๑	ฉบับ
๔. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	๑	ฉบับ
๕. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน	๑	ฉบับ
๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม.	๑	รูป
๗. หลักฐานรับรองการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ชาย)	๑	ฉบับ

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการรับสมัครและสอบคัดเลือก ดังนี้

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ	วันจันทร์ที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site http://www.dent.cmu.ac.th
ทดสอบบุคลิกภาพ ทางด้านจิตวิทยา	วันพุธที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๙ ลงทะเบียนเวลา ๐๘.๓๐-๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละ ๔๑๐ บาท)
สอบสัมภาษณ์	วันจันทร์ที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ ๒ (ห้องประชุมเล็ก) ชั้น ๒ อาคาร ๗
ประกาศผลการคัดเลือก	วันพุธที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site http://www.dent.cmu.ac.th

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สิทธิชัย วนจันทรรักษ์)
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ใบสมัครคัดเลือกเพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

รูปถ่ายขนาด 2 x 2 ½"

อัตราเลขที่.....

เลขที่ประจำตัวสอบ.....

(เจ้าหน้าที่ส่วนงานกรอก)

ตำแหน่งที่สมัคร :.....

สังกัดส่วนงาน :.....

วุฒิการศึกษาที่ใช้สมัครสอบ : .....

(ประกาศนียบัตรหรือปริญญาที่ใช้ในการสมัครสอบต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติจากผู้มีอำนาจก่อนวันปิดรับสมัคร)

1. ประวัติส่วนตัว

1.1 ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว):.....

.....

1.2 วัน เดือน ปีเกิด : ..... อายุ : .....ปี .....เดือน .....วัน

เชื้อชาติ : ..... สัญชาติ : ..... ศาสนา: .....

1.3 สถานภาพ : ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

1.4 ชื่อ-นามสกุลคู่สมรส : .....

ที่อยู่/สถานที่ทำงาน : .....

ตำแหน่ง : .....

1.5 ภูมิลำเนาเดิม : .....

1.6 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ : ..... หมู่ที่ : ..... ถนน : .....

ตำบล/แขวง : ..... อำเภอ/เขต : .....

จังหวัด : .....รหัสไปรษณีย์ : ..... โทรศัพท์ : .....

มือถือ : ..... อีเมล์ : .....

2. ประวัติการศึกษา (โปรดระบุชื่อวุฒิที่ได้รับทั้งหมด เรียงลำดับจากวุฒิสูงไปหาวุฒิต่ำ)

ระดับการศึกษา	ชื่อวุฒิการศึกษา	สาขา/วิชาเอก	สถาบันการศึกษา	สำเร็จเมื่อ พ.ศ.	เกรดเฉลี่ย

3. ประวัติการทำงาน

เดือน/ปีที่เข้าทำงาน		สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	งานที่รับผิดชอบ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออก
จาก	ถึง					

4. ปัจจุบันประกอบอาชีพ : ..... ตำแหน่ง : .....

เงินเดือนสุดท้าย : ..... บาท สถานที่ทำงาน : .....

.....

วัน เดือน ปี เข้าทำงาน :..... โทรศัพท์ : .....

5. ผลงานทางวิชาการ (ถ้ามี)

วิจัย	เอกสารประกอบการสอน หนังสือ ตำรา	บทความ	ผลงานสิ่งประดิษฐ์

6. ประวัติการฝึกอบรม

หลักสูตร	สถานที่ฝึกอบรม	ประกาศนียบัตร	ระยะเวลา

7. ความรู้ ความสามารถ หรือความชำนาญพิเศษ :

.....

.....

.....

8. บุคคลรับรองที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม :

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

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

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ : .....

โทรศัพท์ : ..... อีเมล์ : .....

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

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

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ : .....

โทรศัพท์ : ..... อีเมล์ : .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากระบุข้อความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลดออกจากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(ลงชื่อ) .....ผู้สมัคร

ยื่นใบสมัครวันที่ ...../...../.....

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ……

วันที่……..เดือน……พ.ศ……

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง……

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่……

สถานที่ประกอบวิชาเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่ ……..……..……

……..

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว ……..

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) ……

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย)……..

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

นาย / นาง / นางสาว ……..ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) ……

……..

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(1)……

(2)……

(ลงชื่อ)……..……..แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย