



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน (ปฏิบัติงานด้านโสตทัศนศึกษา) สังกัดงานบริการการศึกษา บริหารงานวิจัย และบริการวิชาการ สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๖๖ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๑๙,๐๖๐ บาทว่างอยู่จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. เป็นผู้มีคุณวุฒิปริญญาตรีหรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ทางสาขาโสตทัศนศึกษา เทคโนโลยี-การศึกษา เวชนิทัศน์ ออกแบบนิเทศศิลป์ เทคโนโลยีสารสนเทศ วารสารศาสตร์ สื่อสารมวลชน เทคโนโลยีและนวัตกรรมการศึกษา เทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา สื่อศิลปะและการออกแบบสื่อ ออกแบบประยุกต์ศิลป์
๔. มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในงานด้านโสตทัศนศึกษาเป็นอย่างดี
๕. มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการใช้โปรแกรม Photoshop, Illustrator, Microsoft office ได้เป็นอย่างดี
๖. มีความรู้ ความสามารถ ในการพูด อ่าน และเขียนภาษาอังกฤษ ได้เป็นอย่างดี
๗. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๘. หากเป็นชาย ต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันพฤหัสบดีที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๙ ในวันและเวลาทำการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๔๓ ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่ต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำสำเนาเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

- | | | |
|--|---|------|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา พร้อม Transcript | ๑ | ชุด |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | ๑ | ชุด |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ | ชุด |
| ๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ชุด |
| ๕. สำเนาหลักฐานผ่านการเกณฑ์ทหาร | ๑ | ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม. | ๑ | รูป |
| ๗. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี) | ๑ | ฉบับ |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

วัน เวลา สถานที่	รายละเอียด
วันอังคารที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ
วันจันทร์ที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙ สอบข้อเขียน เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๑.๐๐ น. ณ ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ชั้น ๕ อาคาร ๓ สอบปฏิบัติ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมประจำคณะฯ / ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ ๑ และ ๓	สอบข้อเขียน (๔๐ คะแนน) เวลา ๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น. - ความรู้ภาษาอังกฤษ ๑๐ คะแนน เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๑.๐๐ น. - การใช้โปรแกรม Photoshop, Illustrator, Microsoft office ๔๐ คะแนน สอบปฏิบัติ (๖๐ คะแนน) - สอบปฏิบัติการใช้อุปกรณ์โสตฯ
วันพฤหัสบดีที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ (ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ต้องได้คะแนนสอบข้อเขียน และ สอบปฏิบัติรวมกัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐)
วันจันทร์ที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ทดสอบบุคลิกภาพทางด้านจิตวิทยา	ลงทะเบียนเวลา ๐๘.๓๐ – ๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละเอียด ๑๗๐ บาท)
วันพุธที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ ๑ ชั้น ๒ อาคาร ๓	สอบสัมภาษณ์ - สอบสัมภาษณ์ (ผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ต้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลบริเวณรอบคณะฯ เพื่อจัดทำ VDO แนะนำคณะฯ และนำเสนอในวันสัมภาษณ์ ใช้เวลานำเสนอ คนละ ๓ นาที)
วันศุกร์ที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web site http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศผลการคัดเลือก

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์การุณ เวโรจน์)

รองคณบดี รักษาการแทน

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 หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย