ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม ว่างอยู่จำนวน ๑ อัตรา ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๗๑ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๑๐,๒๗๐ บาท

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓

๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด

๓. เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งมีหลักสูตรกำหนดเวลาศึกษาต่อจากประโยคมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ศึกษาวิชาสามัญไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๔. มีประสบการณ์ในการช่วยข้างเก้าอี้ (ทันตแพทย์) ตั้งแต่ ๕ ปี ขึ้นไป

๕. อายุไม่เกิน ๔๐ ปี

๖. หากเป็นชาย ต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป **จนถึงศุกร์ที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙** ในวันและเวลาทำการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ http://www.dent.cmu.ac.th

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา	๑ ชุด
๒. บัตรประจำตัวประชาชน ต้นฉบับพร้อมสำเนา	๑ ชุด
๓. สำเนาทะเบียนบ้าน	๑ ชุด
๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน	๑ ชุด
๕. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม.	๑ รูป
๖. หลักฐานรับรองการผ่านการเกณฑ์ทหาร	๑ ชุด
๗. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน	๑ ฉบับ

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

วัน เวลา สถานที่	**รายละเอียด**
วันศุกร์ที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ
วันอังคารที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ณ ห้องบรรยาย ๒ (ชั้น ๔ อาคาร ๕)	**<u>สอบข้อเขียน</u> (๒๐๐ คะแนน)** - ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลทันตกรรม (๕๐ คะแนน) - จรรยาบรรณผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (๕๐ คะแนน) - ความรู้เฉพาะทางด้านงานทันตกรรม (๑๐๐ คะแนน)
วันจันทร์ที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ (ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ต้องได้คะแนนสอบข้อเขียนรวมกัน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐)
วันพุธที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙ ลงทะเบียนเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละ ๑๗๐ บาท)	ทดสอบบุคลิกภาพทางด้านจิตวิทยา
วันจันทร์ที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒)	สอบสัมภาษณ์
วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศผลการคัดเลือก

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สิทธิชัย วนจันทรรักษ์)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

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 ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก ระบุข้อความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด ออกจากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(ลงชื่อ) ....ผู้สมัคร

ยื่นใบสมัครวันที่ ..../................./...........

<u>ใบรับรองแพทย์</u>

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

<u>หมายเหตุ</u> (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย