



**ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์**  
**เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย**  
**ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน**

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน (ปฏิบัติงานด้านสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน) สังกัดงานบริการการศึกษา บริหารงานวิจัย และบริการวิชาการ สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๖๘ อัตราค่าจ้าง เดือนละ ๑๗,๐๖๐ บาท วางอยู่จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็น พนักงานมหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

**ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร**

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการ บริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. เป็นผู้ได้รับปริญญาตรีหรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ทางบริหาร กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ การศึกษา พาณิชยศาสตร์ คณิตศาสตร์ สถิติ สังคมวิทยา สังคมศาสตร์ จิตวิทยา ศิลปศาสตร์ ครุศาสตร์ อักษรศาสตร์ รัฐศาสตร์ นิเทศศาสตร์ มนุษยศาสตร์ หรือสาขาอื่น ที่เกี่ยวข้อง
๔. มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในงานด้านธุรการ สารบรรณ และการติดต่อ ประสานงาน ได้เป็นอย่างดี
๕. มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการใช้โปรแกรม Microsoft Excel, Microsoft office ได้เป็นอย่างดี
๖. มีความรู้ ความสามารถ ในการพูด อ่าน และเขียนภาษาอังกฤษ ได้เป็นอย่างดี
๗. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๘. หากเป็นชาย ต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว

**ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร**

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่ งาน บริหารทั่วไป สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป **จนถึงวันศุกร์ที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๕๙** ในวันและเวลาทำการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและ คู่มือละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

**ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร**

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
วันพุธที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ
วันศุกร์ที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๙ สอบข้อเขียน เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องบรรยาย ๒ ชั้น ๔ อาคาร ๕	<b>สอบข้อเขียน (๕๐ คะแนน)</b> - การจัดทำรายงานการประชุม ๑๕ คะแนน - การวิเคราะห์และแก้ไขสถานการณ์ ๒๐ คะแนน - ข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการศึกษาเพื่อ ปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต และปริญญาวิทยาศาสตร บัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๑๕ คะแนน
สอบปฏิบัติ เวลา ๑๓.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ชั้น ๕ อาคาร ๗	<b>สอบปฏิบัติ (๕๐ คะแนน)</b> - การใช้โปรแกรม Microsoft Excel ๒๕ คะแนน - การใช้โปรแกรม Microsoft Word ๑๐ คะแนน - การใช้โปรแกรม SPSS ๑๕ คะแนน
วันจันทร์ที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web Site <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ (ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ต้องได้คะแนนสอบข้อเขียน และสอบปฏิบัติรวมกันแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐)

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



(อาจารย์ ทันตแพทย์ ดร.นฤมนัส คอวนิช)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่





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 : .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก  
ระบุข้อความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง 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 / นางสาว .....ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อเสียดัดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

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

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย