



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๓ เพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสงค์รับสมัครนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๓ เพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง อาจารย์ สังกัดภาควิชาทันตกรรมบูรณะและปริทันตวิทยา (สาขาวิชาวิทยาเอ็นโดดอนต์) จำนวน ๑ อัตรา จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ ๖ และคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๕๓
๓. เป็นผู้ที่ไม่มีรายชื่อที่ได้รับการคัดเลือก ในรอบที่ ๑
๔. ได้รับคะแนนเฉลี่ยสะสมไม่ต่ำกว่า ๓.๒๕
๕. มีความสามารถทางภาษาอังกฤษ โดยจะต้องมีผลคะแนนภาษาอังกฤษมาขึ้นแสดงต่อคณะฯ ภายในวันครบกำหนดทดลองปฏิบัติงาน ๑ ปี (๓๑ มีนาคม ๒๕๕๕) ดังนี้
 - ๕.๑ TOEFL ไม่ต่ำกว่า ๕๕๐ คะแนน (paper-based) หรือ ๑๙๖ คะแนน (computer-based) หรือ ๘๐ คะแนน (internet-based) หรือ
 - ๕.๒ IELTS ไม่ต่ำกว่า ๖.๐
๖. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือก จะต้องมีความพร้อมในการไปศึกษาต่อเพื่อเพิ่มคุณวุฒิในระดับปริญญาเอกหรือเทียบเท่า ภายใน ๓ ปีนับตั้งแต่วันบรรจุ ตามนโยบายมหาวิทยาลัย

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ได้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป จนถึงวันศุกร์ที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๓ ในวันและเวลาทำการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

/ค. เอกสารหลักฐาน...

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

- | | | |
|---|---|------|
| ๑. Transcript ต้นฉบับพร้อมสำเนา | ๑ | ชุด |
| ๒. บัตรประจำตัวประชาชน ต้นฉบับพร้อมสำเนา | ๑ | ชุด |
| ๓. เอกสารทะเบียนบ้าน ต้นฉบับพร้อมสำเนา | ๑ | ชุด |
| ๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ชุด |
| ๕. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม. | ๑ | รูป |
| ๖. จดหมายรับรองจากสถาบันที่ผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ อย่างน้อย | ๑ | ฉบับ |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการรับสมัครและสอบคัดเลือก
ดังนี้

สอบสัมภาษณ์	วันจันทร์ที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมห้องสมุดคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้น ๕ อาคาร ๗
ประกาศผลการคัดเลือก	วันพุธที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๓ ณ บัณฑิตวิทยาลัยบริหารทั่วไป ชั้น ๑ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือบนเว็บไซต์ http://www.dent.cmu.ac.th

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ)
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 ข้าพเจ้าทราบว่าหาก
ระบุข้อความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด
ออกจากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(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 / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

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

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- (1).....
- (2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย