



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง ขยายเวลารับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่งนักวิจัย

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์จะขยายเวลารับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งนักวิจัย สังกัดงานบริการการศึกษา บริหารงานวิจัย และบริการวิชาการ สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน ๑ อัตรา ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๐๘ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๑๕,๐๘๐ บาท (วุฒิปริญญาโท) และ ๒๐,๔๐๐ บาท (วุฒิปริญญาเอก) จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. เป็นผู้มีความรู้วุฒิมหาบัณฑิต ดังนี้
 - ๓.๑ ปริญญาเอกทางวิทยาศาสตร์ ในสาขาชีววิทยา จุลชีววิทยา เคมี หรือชีวเคมี หรือ
 - ๓.๒ ปริญญาโททางวิทยาศาสตร์ ในสาขาชีววิทยา จุลชีววิทยา เคมี หรือชีวเคมี โดยเป็นหลักสูตรการทำวิจัยเพียงอย่างเดียว และมีผลการเรียนเฉลี่ย ๓.๕๐ ขึ้นไป รวมทั้งต้องมีความสามารถทางภาษาอังกฤษ โดยมีผลคะแนนสอบ TOEFL ไม่น้อยกว่า ๕๕๐ คะแนน (paper-based) หรือ ๑๙๖ คะแนน (computer-based) หรือ ๘๐ คะแนน (Internet-based) หรือ IELTS ไม่ต่ำกว่า ๖.๐
๔. มีผลงานทางวิชาการที่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับนานาชาติ หรือตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเป็นภาษาอังกฤษในระดับนานาชาติ
๕. มีความสามารถที่จะดำเนินงานวิจัยในฐานะหัวหน้าโครงการหรือผู้ร่วมโครงการในขณะปฏิบัติงานได้
๖. มีความรู้พื้นฐานด้านสถิติ สามารถใช้โปรแกรม SPSS ได้
๗. สามารถมาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ในกรณีที่มีความจำเป็น
๘. ถ้าเป็นชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ที่ประสงค์สมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก สามารถติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้น ๒ อาคาร ๓ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันพฤหัสบดีที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๔ ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

- | | | |
|--|---|-----|
| ๑. เอกสารรับรองคุณวุฒิการศึกษา ต้นฉบับพร้อมสำเนา | ๑ | ชุด |
| ๒. Transcript ต้นฉบับพร้อมสำเนา | ๑ | ชุด |
| ๓. บัตรประจำตัวประชาชน ต้นฉบับพร้อมสำเนา | ๑ | ชุด |
| ๔. เอกสารทะเบียนบ้าน ต้นฉบับพร้อมสำเนา | ๑ | ชุด |
| ๕. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ชุด |
| ๖. รูปถ่ายขนาด ๓ X ๔ ซม. | ๑ | รูป |
| ๗. เอกสารบทความทางวิชาการที่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับนานาชาติ หรือตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเป็นภาษาอังกฤษในระดับนานาชาติ | ๑ | ชุด |
| ๘. หนังสือรับรองผลคะแนนสอบภาษาอังกฤษ TOEFL หรือ IELTS (สำหรับผู้ที่ใช้คุณวุฒิปริญญาโทในการสมัคร) | ๑ | ชุด |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบพร้อมกำหนดการและวิธีการคัดเลือก ในวันพฤหัสบดีที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๔ ณ บ้ายประกาศงานบริหารทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ การุณ เจริญ)

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

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 จะเป็นสาเหตุให้ถูกคัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน 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 / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายภาพภาพ 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