



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน)  
ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว (พนักงานส่วนงาน) สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๘๙ และสังกัดงานการเงิน การคลังฯ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๙๐ ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน อัตราค่าจ้างเดือนละ ๙,๑๔๐ บาท ว่างอยู่ จำนวน ๒ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๘๙	สังกัดงานการเงิน การคลังและพัสดุ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๙๐
๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่ง ข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการ บริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓	๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่ง ข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการ บริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการ เปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด	๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการ เปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. ได้รับปริญญาตรีทางการศึกษา บริหารธุรกิจ ศิลปศาสตร์ หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้	๓. ได้รับปริญญาตรีทางบริหารธุรกิจ พาณิชยศาสตร์ ศิลปศาสตร์
๔. มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปี	๔. หากมีความรู้ในงานเกี่ยวกับระบบเกณฑ์ฟิงรับ ฟิงจ่ายลักษณะ ๓ มิติ จะได้รับการพิจารณาเป็น พิเศษ
๕. ถ้าเป็นเพศชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว	๕. ถ้าเป็นเพศชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่  
งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึง  
วันพฤหัสบดีที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๔ ในวันและเวลาทำการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่  
<http://www.dent.cmu.ac.th>

/ค. เอกสารหลักฐาน...

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

๑. เอกสารรับรองคุณวุฒิการศึกษา ต้นฉบับพร้อมสำเนา ๑ ชุด
๒. เอกสารทะเบียนบ้าน ต้นฉบับพร้อมสำเนา ๑ ชุด
๓. บัตรประจำตัวประชาชน ต้นฉบับพร้อมสำเนา ๑ ชุด
๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน ๑ ชุด
๕. สำเนาหลักฐานการผ่านการเกณฑ์ทหาร ๑ ชุด
๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม. ๑ รูป
๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้ค้าประกัน (ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป) ๑ ชุด
๘. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี) ๑ ชุด

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๔๙	สังกัดงานการเงิน การคลังและพัสดุ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๙๐
<b>สอบสัมภาษณ์</b> วันพฤหัสบดีที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗	<b>สอบสัมภาษณ์</b> วันจันทร์ที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๐.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗
<b>ประกาศผลการคัดเลือก</b> วันอังคารที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๔ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>	<b>ประกาศผลการคัดเลือก</b> วันพฤหัสบดีที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๔ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>

ประกาศ ณ วันที่ ๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ)

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 จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด  
ออกจากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(ลงชื่อ) .....ผู้สมัคร

ยื่นใบสมัครวันที่ ...../...../.....

ผู้รับรองและคำประกัน

เขียนที่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อาชีพ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

เกี่ยวข้องกับผู้มีคร คือเป็น.....ขอรับรองและให้สัญญาคำประกันต่อ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่า

1. ข้อความที่.....ผู้สมัคร กล่าวข้างต้น ถูกต้องทุกประการ

2. ถ้าผู้สมัครได้เข้าทำงานแล้ว ลาออก หรือละทิ้งหน้าที่ราชการไป ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ก็ตาม หรือถูก  
ลงโทษให้ออก ปลดออก ซึ่งในการนี้ได้นำสิ่งของของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ไปด้วย หรือมีความผูกพันอยู่กับ  
ทรัพย์สินของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือมีความผูกพันที่จะต้องชดใช้ค่าเสียหายใด ๆ ให้แก่  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะชดใช้ค่าเสียหายที่.....ผู้สมัครก่อให้เกิดขึ้นแก่  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามจำนวนที่เสียหายไปทันที โดยมหาวิทยาลัยไม่ต้องเรียกร้องเอา

จาก .....ผู้สมัครก่อน

3. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า ตลอดระยะเวลาที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ยังจ้าง.....  
เป็นลูกจ้างอยู่ ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนสัญญาคำประกันฉบับนี้ ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

4. ในกรณีคำสั่งจ้าง.....สิ้นสุดลง และมหาวิทยาลัยได้สั่ง  
จ้าง.....ผู้สมัครต่อไปอีก ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใน  
ฐานะผู้คำประกัน.....ผู้สมัครต่อไป ทั้งนี้ไม่ว่ามหาวิทยาลัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ  
หรือไม่ก็ตาม

5. ข้าพเจ้าขอแสดงหลักทรัพย์ คือ .....

ซึ่งเป็นกรรมสิทธิ์ของข้าพเจ้า และปลอดจากภาระผูกพันใด ๆ อันทำให้ทรัพย์สินนี้เสื่อมค่า เพื่อเป็นหลักฐาน  
ในการคำประกันไว้ต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้หรือภาระผูกพันใด ๆ ใน  
ทรัพย์สินดังกล่าว ตลอดระยะเวลาที่สัญญาคำประกันฉบับนี้ยังมีผลใช้บังคับอยู่

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า แม้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะผ่อนเวลาชำระหนี้ให้แก่ .....  
ผู้สมัคร ข้าพเจ้าก็ตกลงยินยอมรับผิดชอบในฐานะผู้คำประกันต่อไป

จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเพื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ค้ำประกัน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

ข้าพเจ้า.....คู่สมรส.....

ยินยอมให้.....เป็นผู้ค้ำประกัน.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอม  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน  
(.....)

ผู้รับรองและค้ำประกัน

1. กรณีเป็นข้าราชการ ต้องเป็นข้าราชการประจำ ดำรงตำแหน่งไม่ต่ำกว่า ระดับ 4
2. ถ้ามิได้เป็นข้าราชการ จะต้องเป็นผู้มีฐานะดี โดยต้องแสดงหลักทรัพย์ต่อมหาวิทยาลัย ด้วย
3. ผู้ค้ำประกันต้องลงนามต่อหน้าเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร และให้เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัครกับเจ้าหน้าที่ในสังกัดหน่วยงานนั้น ๆ อีก 1 คน ลงนามในฐานะพยาน ด้วย

หมายเหตุ ข้อความใดที่ไม่ใช่ให้ขีดฆ่าออก



**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 .....ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

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

.....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

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