



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน)

ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว (พนักงานส่วนงาน) สังกัดงานบริการการศึกษา บริหารงานวิจัยและบริการวิชาการ ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๘๘ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๙,๑๕๐ บาท ว่างอยู่ จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. ได้รับปริญญาตรี หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ทางบริหาร กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ การศึกษา พาณิชยศาสตร์ คณิตศาสตร์ สถิติ สังคมวิทยา สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ จิตวิทยา ศิลปศาสตร์ อักษรศาสตร์ รัฐศาสตร์ นิเทศศาสตร์
๔. ถ้าเป็นเพศชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันจันทร์ที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ ในวันและเวลาทำการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

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 ๑ ชุด
(ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป)
๘. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี) ๑ ชุด

ค. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการสอบคัดเลือก ๓ ภาค ผู้สมัครสอบจะต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐ ในภาคความรู้ความสามารถทั่วไป จึงจะมีสิทธิ์สอบภาคปฏิบัติ และจะต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐ ในภาคปฏิบัติ จึงจะมีสิทธิ์สอบภาคความเหมาะสมกับตำแหน่ง (สัมภาษณ์) ตามกำหนด วัน เวลา และ สถานที่สอบ ดังนี้

<p>ภาคความรู้ความสามารถทั่วไป</p> <p>-ความรู้ทางด้าน งานธุรการ และสารบรรณที่เกี่ยวข้อง เช่น การร่างโต้ตอบจดหมาย การบันทึกย่อเรื่อง สรุปเอกสารจากข้อมูล หรือจากการประชุม การจดบันทึกรายงานการประชุม เป็นต้น</p>	<p>วัน เวลา สถานที่ สอบ</p> <p>-วันพุธที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกรรมการคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗</p>
<p>ประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านภาคความรู้ความสามารถทั่วไป และมีสิทธิ์สอบภาคปฏิบัติ</p> <p>-วันจันทร์ที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป ทางเว็บไซต์ http://www.dent.cmu.ac.th</p>	
<p>ภาคปฏิบัติ</p> <p>-การจัดทำข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ผลโดยการใช้โปรแกรม Microsoft Excel (Version 2010)</p>	<p>วัน เวลา สถานที่ สอบ</p> <p>-วันอังคารที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๓) ชั้น ๒ อาคาร ๗</p>
<p>ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบภาคความเหมาะสมกับตำแหน่ง (สัมภาษณ์)</p> <p>-วันอังคารที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ เวลา ๑๓.๓๐ น. เป็นต้นไป ทางเว็บไซต์ http://www.dent.cmu.ac.th</p>	
<p>ภาคความเหมาะสมกับตำแหน่ง (สัมภาษณ์)</p> <p>-วันอังคารที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ เวลา ๑๔.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗</p>	
<p>ประกาศผลการคัดเลือก</p> <p>-วันศุกร์ที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ทางเว็บไซต์ http://www.dent.cmu.ac.th</p>	

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

7. ความรู้ความสามารถ 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 :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบว่าหาก
ระบุข้อมูลที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกคัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด
ออกจากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร
ยื่นใบสมัครวันที่/...../.....

ผู้รับรองและคำประกัน

เขียนที่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

เกี่ยวข้องกับผู้มีสมัคร คือเป็น.....ขอรับรองและให้สัญญาคำประกันต่อ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่า

1. ข้อความที่.....ผู้มีสมัคร กล่าวข้างต้น ถูกต้องทุกประการ

2. ถ้าผู้มีสมัครได้เข้าทำงานแล้ว ลาออก หรือละทิ้งหน้าที่ราชการไป ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ก็ตาม หรือถูก
ลงโทษให้ออก ปลดออก ซึ่งในการนี้ได้นำสิ่งของของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ไปด้วย หรือมีความผูกพันอยู่กับ
ทรัพย์สินของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือมีความผูกพันที่จะต้องชดใช้ค่าเสียหายใด ๆ ให้แก่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะชดใช้ค่าเสียหายที่.....ผู้มีสมัครก่อให้เกิดขึ้นแก่
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามจำนวนที่เสียหายไปทันที โดยมหาวิทยาลัยไม่ต้องเรียกร้องเอา

จากผู้มีสมัครก่อน

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

4. ในกรณีคำสั่งจ้าง.....สิ้นสุดลง และมหาวิทยาลัยได้สั่ง
จ้าง.....ผู้มีสมัครต่อไปอีก ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใน
ฐานะผู้คำประกัน.....ผู้มีสมัครต่อไป ทั้งนี้ไม่ว่ามหาวิทยาลัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ
หรือไม่ก็ตาม

5. ข้าพเจ้าขอแสดงหลักทรัพย์ คือ

ซึ่งเป็นกรรมสิทธิ์ของข้าพเจ้า และปลอดจากภาระผูกพันใด ๆ อันทำให้ทรัพย์สินนี้เสื่อมค่า เพื่อเป็นหลักฐาน
ในการคำประกันไว้ต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้หรือภาระผูกพันใด ๆ ใน
ทรัพย์สินดังกล่าว ตลอดระยะเวลาที่สัญญาคำประกันฉบับนี้ยังมีผลใช้บังคับอยู่

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า แม้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะผ่อนเวลาชำระหนี้ให้แก่
ผู้มีสมัคร ข้าพเจ้าก็ตกลงยินยอมรับผิดชอบในฐานะผู้คำประกันต่อไป

จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเพื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ค้าประกัน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ข้าพเจ้า.....คู่สมรส.....
ยินยอมให้.....เป็นผู้ค้าประกัน.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ผู้รับรองและผู้ค้าประกัน

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

หมายเหตุ ข้อความใดที่ไม่ใช้ให้ขีดฆ่าออก

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 / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อเสียดัดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

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

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

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