



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สำนักงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) สังกัดงานการเงิน การคลังและพัสดุ (ด้านพัสดุ) ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สำนักงาน ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๙ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๗,๖๗๐ บาท วางอยู่ จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ทางการบัญชี บริหารธุรกิจ พณิชยการ เลขานุการ และการตลาด
๔. อายุไม่เกิน ๓๐ ปี
๕. เป็นเพศชาย และต้องผ่านการเกณฑ์ทหารมาแล้ว
๖. หากมีประสบการณ์ทางด้านพัสดุ จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันศุกร์ที่ ๑๑ พฤศจิกายน 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 (ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป) ๑ ชุด
๘. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี) ๑ ชุด

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

สอบสัมภาษณ์ วันอังคารที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ เวลา ๐๙.๓๐ น.

เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗

ประกาศผลการคัดเลือก วันพฤหัสบดีที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๔ หลังเวลา

๑๕.๐๐ น. ณ บ้ายประกาศงานบริหารทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.เกษรา ปัทมพันธุ์)

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 :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบว่าหาก
ระบุข้อมูลที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด
ออกจางานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(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
จากผู้สมัครก่อน

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 / 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