



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) สังกัดงานบริการการศึกษา บริหารงานวิจัย และบริการวิชาการ ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๑๙ และ ๓๔๒๐ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๙,๑๕๐ บาท วางอยู่จำนวน ๒ 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 และนิเทศศาสตร์
๔. มีความรู้ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Office เป็นอย่างดี
๕. มีความสามารถในการติดต่อประสานงานได้เป็นอย่างดี
๖. อายุไม่เกิน ๓๐ ปี
๗. หากเป็นชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารมาแล้ว

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันศุกร์ที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ 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 (ชาย) | 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

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน วันอังคารที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๕
หลังจากเวลา ๑๕.๐๐ น. ณ บ้ายประกาศงานบริหารทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

สอบข้อเขียน การร่างโต้ตอบจดหมาย การบันทึก การย่อเรื่อง การสรุปเอกสารจาก
ข้อมูล หรือจากการประชุม การจดบันทึกรายงานการประชุม ในวันศุกร์ที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕
เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมกรรมการคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ในวันศุกร์ที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๕ (เฉพาะ
ผู้ที่มีคะแนนสอบผ่านข้อเขียนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐) หลังจากเวลา ๑๕.๐๐ น. ณ บ้ายประกาศงานบริหาร
ทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

สอบสัมภาษณ์ วันพุธที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๕ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้อง
ประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗

ประกาศผลการคัดเลือก วันจันทร์ที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๕ หลังจากเวลา ๑๕.๐๐ น.
ณ บ้ายประกาศงานบริหารทั่วไป และทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๖ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์การุณ เวโรจน์)

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
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 / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถ

ปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติด

ยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4)

สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ผู้รับรองและคำประกัน

เขียนที่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

เกี่ยวข้องกับผู้สมัคร คือเป็น.....ขอรับรองและให้สัญญาคำประกันต่อ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่า

1. ข้อความที่.....ผู้สมัคร กล่าวข้างต้น ถูกต้องทุกประการ

2. ถ้าผู้สมัครได้เข้าทำงานแล้ว ลาออก หรือละทิ้งหน้าที่ราชการไป ไม่ว่าจะกรณีใด ๆ ก็ตาม หรือถูก
ลงโทษให้ออก ปลดออก ซึ่งในกรณีนี้ได้นำสิ่งของของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ไปด้วย 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
(.....)

ผู้รับรองและผู้ค้ำประกัน

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

หมายเหตุ ข้อความใดที่ไม่ใช่ให้ขีดฆ่าออก