



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน)
ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว (พนักงานส่วนงาน) สังกัดงานบริการการศึกษา บริหารงานวิจัย และบริการวิชาการ ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน ตำแหน่งเลขที่ ๓๔๔๕ และ ๓๔๔๖ ค่าจ้างเดือนละ ๑๓,๓๐๐ บาท ว่างอยู่ จำนวน ๒ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. ได้รับปริญญาตรี หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ทางสาขาเทคโนโลยีการศึกษา เทคโนโลยี และนวัตกรรมการศึกษา โสตทัศนศึกษา เวชนิทัศน์ นิเทศศาสตร์ คอมพิวเตอร์กราฟิก ภาพถ่ายและเทคโนโลยี
๔. มีความรู้ความสามารถในการใช้อุปกรณ์โสต และดูแลซ่อมแซมอุปกรณ์โสตเบื้องต้นได้ หรือเป็นผู้มีความรู้ในการเขียนบทวีดิทัศน์ และการใช้กล้องวีดิทัศน์
๕. มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมตัดต่อภาพและเสียง
๖. มีความรู้ความสามารถในการออกแบบกราฟิกบนหน้าจอ รวมถึงการใช้โปรแกรมออกแบบภาพกราฟิกต่าง ๆ เช่น Adobe Photoshop, Adobe Illustrator หรือโปรแกรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการออกแบบ
๗. มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรม Animation เช่น Adobe flash, Light wave 3D, 3D Max Studio, Adobe After Effect หรือโปรแกรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการทำ Animation ประกอบภาพเคลื่อนไหว
๘. มีความสามารถบันทึกภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวได้
๙. มีความรู้ความสามารถในการพูด อ่าน และเขียนภาษาอังกฤษได้ในระดับดี
๑๐. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๑๑. เป็นชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารมาแล้ว
๑๒. หากมีประสบการณ์จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันพฤหัสบดีที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๖ ในวันและเวลาทำการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

- | | | |
|---|---|-----|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา และ Transcript | ๑ | ชุด |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ | ชุด |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | 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

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ วันจันทร์ที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๖ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

สอบการนำเสนอ และสัมภาษณ์ให้นำเสนอผลงาน (Portfolio) หรือสื่อจาก Internet อย่างน้อยไม่เกิน ๕ นาที (ผู้สมัครจะต้องนำอุปกรณ์ หรือสื่อต่าง ๆ มาใช้ในการนำเสนอด้วยตนเอง) ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๖ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๓) ชั้น ๒ อาคาร ๗ ซึ่งผู้สอบผ่านจะต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

ประกาศผลการคัดเลือก ในวันพุธที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖ ทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๖



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

3. ประวัติการทำงาน

เดือน/ปีที่เข้าทำงาน		สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	งานที่รับผิดชอบ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออก
จาก	ถึง					

4. ปัจจุบันประกอบอาชีพ : ตำแหน่ง :

เงินเดือนสุดท้าย : บาท สถานที่ทำงาน :

.....

วัน เดือน ปี เข้าทำงาน : โทรศัพท์ :

5. ประวัติการฝึกอบรม

หลักสูตร	สถานที่ฝึกอบรม	ประกาศนียบัตร	ระยะเวลา

6. ความรู้ ความสามารถ หรือความชำนาญพิเศษ :

.....

.....

.....

7. บุคคลรับรองที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม :

7.1 ชื่อ-นามสกุล : ความสัมพันธ์ :

ระยะเวลาที่รู้จัก : ตำแหน่ง :

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ :

โทรศัพท์ : อีเมล :

7.2 ชื่อ-นามสกุล : ความสัมพันธ์ :

ระยะเวลาที่รู้จัก : ตำแหน่ง :

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ :

โทรศัพท์ : อีเมล :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก
ระบุข้อความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด
ออกจากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

ยื่นใบสมัครวันที่/...../.....

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
(.....)

ผู้รับรองและค้ำประกัน

1. กรณีเป็นข้าราชการ ต้องเป็นข้าราชการประจำ ดำรงตำแหน่งไม่ต่ำกว่า ระดับ 4
2. ถ้ามิได้เป็นข้าราชการ จะต้องเป็นผู้มีฐานะดี โดยต้องแสดงหลักทรัพย์ต่อมหาวิทยาลัย ด้วย
3. ผู้ค้ำประกันต้องลงนามต่อหน้าเจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร 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 ไม่ปรากฏอาการของโรคติดยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย