



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง ขยายเวลารับสมัครบุคคล

เพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน)

ตำแหน่งพนักงานบริการทั่วไป

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์จะขยายเวลารับสมัครบุคคล เพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว (พนักงานส่วนงาน) สังกัดงานบริหารทั่วไป วางอยู่จำนวน ๒ อัตรา ดังนี้

๑.) ตำแหน่งพนักงานบริการทั่วไป (ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลภูมิทัศน์โดยรวมของคณะฯ) ตำแหน่งเลขที่ S๔๑๒๐๐๑๖ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๙,๓๔๐ บาท จำนวน ๑ อัตรา

๒.) ตำแหน่งพนักงานบริการทั่วไป (ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานบริการ) ตำแหน่งเลขที่ S๔๑๒๐๐๙๗ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๙,๓๔๐ บาท จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราข้างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

ตำแหน่งพนักงานบริการทั่วไป ตำแหน่งเลขที่ S๔๑๒๐๐๑๖ (ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลภูมิทัศน์โดยรวมของคณะฯ)	ตำแหน่งพนักงานบริการทั่วไป ตำแหน่งเลขที่ S๔๑๒๐๐๙๗ (ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานบริการ)
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. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้	๓. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้
๔. อายุไม่เกิน ๔๐ ปี	๔. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๕. เป็นเพศชาย และต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว	๕. หากเป็นเพศชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว
๖. เป็นผู้มีความรู้ความสามารถทางด้านการดูแล บำรุงรักษาต้นไม้ ไม้ดอกไม้ประดับ และสนามหญ้า รอบๆ บริเวณอาคาร หรือสิ่งปลูกสร้าง	๖. สามารถขับขีรถจักรยานยนต์ได้ และมีใบอนุญาต ขับขีรถจักรยานยนต์
๗. หากมีประสบการณ์ทางด้านการจัดแต่งสวน ขยายพันธุ์ไม้ดอก และการใช้เครื่องตัดหญ้าแบบ สะพายไหล่ จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ	

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่
งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึง
วันพุธที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ในวันและเวลาทำการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่
<http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่ต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

- | | | |
|--|---|------|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา และ Transcript | ๑ | ฉบับ |
| ๒. สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ | ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | ๑ | ฉบับ |
| ๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ฉบับ |
| ๕. สำเนาหลักฐานการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ชาย) | ๑ | ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม. | ๑ | รูป |
| ๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้ค้าประกัน
(ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป) | ๑ | ฉบับ |
| ๘. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี) | ๑ | ฉบับ |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

๑. **สอบสัมภาษณ์** วันศุกร์ที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗
๒. **ประกาศผลการสอบคัดเลือก** วันจันทร์ที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทาง Web site: <http://www.dent.cmu.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์การุณ เวโรจน์)

รองคณบดี รักษาการแทน

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 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
ฐานะผู้ค้ำประกัน.....ผู้สมัครต่อไป ทั้งนี้ไม่ว่ามหาวิทยาลัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ
หรือไม่ก็ตาม

5. ข้าพเจ้าขอแสดงหลักทรัพย์ คือ.....

.....
ซึ่งเป็นกรรมสิทธิ์ของข้าพเจ้า และปลอดจากภาระผูกพันใด ๆ อันทำให้ทรัพย์สินนี้เสื่อมค่า เพื่อเป็นหลักฐาน
ในการค้ำประกันไว้ต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ก่อหนี้หรือภาระผูกพันใด ๆ ใน
ทรัพย์สินดังกล่าว ตลอดระยะเวลาที่สัญญาคำประกันฉบับนี้ยังมีผลใช้บังคับอยู่

6. ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า แม้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะผ่อนเวลาชำระหนี้ให้แก่.....
ผู้สมัคร ข้าพเจ้าก็ตกลงยินยอมรับผิดชอบในฐานะผู้ค้ำประกันต่อไป

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)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย