



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

เรื่อง ขยายเวลารับสมัครบุคคล

เพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน)

ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สำนักงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความประสงค์จะขยายเวลารับสมัครบุคคล เพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว (พนักงานส่วนงาน) ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สำนักงาน ตำแหน่งเลขที่ S๔๑๒๐๑๕๙ สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม อัตราค่าจ้างเดือนละ ๑๓,๕๗๐ บาท วางอยู่ จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ทุกสาขาวิชา ยกเว้น ทางเกษตรกรรม ศิลป์ ช่างอุตสาหกรรม และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม
๔. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๕. หากเป็นชาย ต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว
๖. มีความรู้ความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์เป็นอย่างดี
๗. สามารถออกปฏิบัติงานให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ได้

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันจันทร์ที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ในวันและเวลาราชการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา และ Transcript ๑ ฉบับ

๒. สำเนาทะเบียน.....

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

ง. **หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก**

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการสอบคัดเลือก ดังนี้

**สอบข้อเขียน** ในวันศุกร์ที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้อง  
อบรม/ ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ชั้น ๕ อาคาร ๗ สอบความรู้เกี่ยวกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย  
งานสารบรรณ พ.ศ. ๒๕๒๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๘ (๕๐ คะแนน)

**สอบปฏิบัติ** ในวันศุกร์ที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องอบรม/  
ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ชั้น ๕ อาคาร ๗ สอบความรู้ในการใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft office  
๒๐๑๐ (Word, Excel, PowerPoint) และการสืบค้นข้อมูลทาง Internet (๕๐ คะแนน)

**ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์** วันศุกร์ที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ หลังเวลา  
๑๕.๐๐ น. ทาง Web site: <http://www.dent.cmu.ac.th> (เฉพาะผู้ที่สอบผ่านข้อเขียน และสอบปฏิบัติ  
รวมกันแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)

**สอบสัมภาษณ์** วันพุธที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๕.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้อง  
ประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗

**ประกาศผลการสอบคัดเลือก** วันจันทร์ที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น.  
ทาง Web site: <http://www.dent.cmu.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.ลิทธิชัย วนจันทร์รักษ์)

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 / นางสาว .....ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ 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