



## ประกาศคณะกรรมการแพทยศาสตร์

### เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง  
นักวิทยาศาสตร์ สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๕๕ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๑๗,๐๖๐  
บาท ว่างอยู่จำนวน ๑ อัตรา

คณะกรรมการแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็น  
พนักงานมหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

#### ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการ  
บริหารบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. เป็นผู้ได้รับปริญญาตรีทางด้านสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร
๔. มีประสบการณ์ทำงานทางด้านห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา ไม่น้อยกว่า ๕ ปี
๕. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๖. หากเป็นชาย ต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว

#### ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่  
งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะกรรมการแพทยศาสตร์ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป **จนถึงศุกร์ที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๙** ในวันและเวลาทำการ  
หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลด  
ใบสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

#### ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำสำเนาเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

- |   |   |      |
|---|---|------|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา                   | ๑ | ชุด  |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน               | ๑ | ชุด  |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน                       | ๑ | ชุด  |
| ๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ชุด  |
| ๕. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม.                  | ๑ | รูป  |
| ๖. หลักฐานรับรองการผ่านการเกณฑ์ทหาร       | ๑ | ชุด  |
| ๗. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน        | ๑ | ฉบับ |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

วัน เวลา สถานที่	รายละเอียด
วันจันทร์ที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น. ทาง Web Site <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ
วันพุธที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗	<b>สอบข้อเขียน (๒๐๐ คะแนน)</b> - ความรู้เฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการอาหาร
วันศุกร์ที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น. ทาง Web Site <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ (ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ต้องได้คะแนนสอบข้อเขียน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)
วันจันทร์ที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๕๙ ลงทะเบียนเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละเอียด ๑๗๐ บาท)	ทดสอบบุคลิกภาพทางด้านจิตวิทยา
วันพฤหัสบดีที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗	สอบสัมภาษณ์
วันจันทร์ที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๖.๐๐ น. ทาง Web Site <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>	ประกาศผลการคัดเลือก

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์สิทธิชัย วนจันทร์รักษ์)

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 : .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก  
ระบุข้อความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง 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 / นางสาว .....ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อเสียดัดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) .....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย