



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่งอาจารย์

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง อาจารย์ สังกัดภาควิชาทันตกรรมครอบคร้วและชุมชน (สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน) ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๖๕ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๓๗,๐๐๐ บาท (คุณวุฒิปริญญาเอกหรือเทียบเท่า) หรืออัตราค่าจ้างเดือนละ ๒๔,๐๐๐ บาท (คุณวุฒิปริญญาโทหรือเทียบเท่า) ว่างอยู่จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงาน มหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการ บริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓

๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด

๓. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาคุณวุฒิปริญญาเอกหรือเทียบเท่า (ทางทันตแพทยศาสตร์) หรือ

๔. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาคณวุฒิปริญญาโท (ทางทันตแพทยศาสตร์) สาขาทันตกรรมชุมชน ทันตสาธารณสุข สาธารณสุขศาสตร์ หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และได้รับเกรดเฉลี่ยในระดับปริญญาโท ไม่ต่ำกว่า ๓.๕ ขึ้นไป และมีความสามารถทางภาษาอังกฤษ TOEFL ต้องสอบได้คะแนนไม่ต่ำกว่า ๕๕๐ คะแนน (paper-based) หรือ ๑๙๖ คะแนน (computer-based) หรือ ๘๐ คะแนน (internet-based) ขึ้นไป หรือมีผลคะแนน IELTS ที่ได้ไม่ต่ำกว่า ๖.๐ ขึ้นไป โดยให้แนบผลสอบความรู้ความสามารถทางภาษา อังกฤษพร้อมใบสมัคร หรือ

๕. เป็นผู้ได้รับปริญญาตรี (ทางทันตแพทยศาสตร์) และได้รับเกียรติคุณ โดยให้ยื่นผลคะแนน ความสามารถทางภาษาอังกฤษ TOEFL ต้องสอบได้คะแนนไม่ต่ำกว่า ๕๕๐ คะแนน (paper-based) หรือ ๑๙๖ คะแนน (computer-based) หรือ ๘๐ คะแนน (internet-based) ขึ้นไป หรือมีผลคะแนน IELTS ที่ได้ไม่ต่ำกว่า ๖.๐ ขึ้นไป ต่อมหาวิทยาลัยภายในระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่บรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย หากพ้น กำหนด ๑ ปีแล้ว ยังไม่ผ่านความสามารถทางภาษาอังกฤษตามที่กำหนดไว้ ให้ถือว่าพนักงานมหาวิทยาลัยผู้นั้น พ้นจากตำแหน่ง

๖. เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทยสภา

๗. ผู้สำเร็จคุณวุฒิปริญญาโทหรือตรี ตามข้อ ๔. และ ๕. จะต้องสำเร็จการศึกษาจากสถาบัน ที่สภาวิชาการได้รับรองตามประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่อง ทวนการศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย สายวิชาการ ประเภทคณาจารย์ประจำ นักวิจัย และสำหรับบุคคลภายนอก โดย กำหนดรายชื่อมหาวิทยาลัยที่ได้รับการรับรองการจัดอันดับโดยสถาบันที่ได้รับการยอมรับ ดังนี้

๗.๑ Times Higher Education World University Ranking (Top ๔๐๐) หรือ

๗.๒ QS World University Ranking (Top ๕๐๐)

และจะต้องไปศึกษาต่อระดับปริญญาเอกหรือเทียบเท่าภายในระยะเวลา ๓ ปี นับตั้งแต่วันบรรจุ

๘. อายุไม่เกิน ๔๐ ปี

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัคร และยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๓-๙๔๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐๕๓-๙๔๔๔๘๓ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป **จนถึงวันศุกร์ที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙** ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำสำเนาเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

- | | | |
|---|---|-----|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา พร้อม Transcript | ๑ | ชุด |
| ๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ | ๑ | ชุด |
| ๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | ๑ | ชุด |
| ๔. สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ | ชุด |
| ๕. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ชุด |
| ๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม. | ๑ | รูป |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการรับสมัครและสอบคัดเลือก ดังนี้

ทดสอบบุคลิกภาพ ทางด้านจิตวิทยา	วันจันทร์ที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ลงทะเบียนเวลา ๐๘.๓๐-๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละเอียด ๔๑๐ บาท)
สอบสัมภาษณ์	วันพุธที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสาขาวิชาทันตกรรมชุมชน ชั้น ๓ อาคาร ๗
ประกาศผลการคัดเลือก	วันศุกร์ที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ทางเว็บไซต์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ http://www.dent.cmu.ac.th

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สิทธิชัย วนจันทร์รักษ์)
คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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 / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ 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