



**ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**  
**เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน**  
**ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย**

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสงค์รับสมัครนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งแพทย์ สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๔๔ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๒๔,๗๘๐ บาท จำนวน ๑ อัตรา จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

**ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร**

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ และจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๕๙ และจะได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาก่อนวันบรรจุ
๓. สามารถชดใช้ทุนตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด
๔. ต้องสอบผ่าน ครว. ชั้น ๑ และ ชั้น ๒

**ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร**

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันพฤหัสบดีที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ในวันและเวลาทำการ หรือส่งเอกสารทางโทรสารที่เบอร์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓, ๐-๕๓๒๒-๒๘๔๔ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

**ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร**

ผู้สมัครจะต้องนำสำเนาเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

- |  |        |
|--|--------|
| ๑. เอกสารแสดงการสอบผ่าน ครว. ชั้น ๑ และ ชั้น ๒   | ๑ ชุด  |
| ๒. Transcript ปีที่ ๑ - ปีที่ ๕  | 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. หนังสือรับรองว่าเป็นผู้มีความประพฤติดี มีความสามารถ มีทัศนคติที่ดี จากคณาจารย์ในสถาบันการศึกษา อย่างน้อย ๑ ท่าน (ใส่ซองปิดผนึก) | ๑ ฉบับ |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการสอบคัดเลือก ดังนี้

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ	วันศุกร์ที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ทางเว็บไซต์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>
ทดสอบบุคลิกภาพ ทางด้านจิตวิทยา	วันจันทร์ที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ลงทะเบียนเวลา ๐๘.๓๐-๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละเอียด ๔๑๐ บาท)
สอบสัมภาษณ์	วันอังคารที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เวลา ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗
ประกาศผลการคัดเลือก	วันศุกร์ที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ทางเว็บไซต์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๔ เดือน พฤศจิกายน 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 / 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