



## ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์

### เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว (พนักงานส่วนงาน) สังกัดงานบริการการศึกษา บริหารงานวิจัยและบริการวิชาการ ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติงาน (ปฏิบัติงานด้านการจัดการศึกษาต่อเนื่อง และงานวิจัย) ตำแหน่งเลขที่ S๔๑๒๐๑๕๓ อัตรา ค่าจ้างเดือนละ ๑๗,๐๖๐ บาท ว่างอยู่ จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยชั่วคราว(พนักงานส่วนงาน) ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

#### ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. ได้รับปริญญาตรี หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ทางบริหาร กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ การศึกษา พาณิชยศาสตร์ คณิตศาสตร์ สถิติ สังคมวิทยา สังคมศาสตร์ จิตวิทยา ศิลปศาสตร์ ครุศาสตร์ อักษรศาสตร์ รัฐศาสตร์ นิเทศศาสตร์ และมนุษยศาสตร์
๔. เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในงานธุรการ สารบรรณ และการติดต่อประสานงาน ได้เป็นอย่างดี
๕. เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในการใช้โปรแกรม Microsoft office ได้เป็นอย่างดี
๖. มีความรู้ ความสามารถในการพูด อ่าน และเขียนภาษาอังกฤษ ได้เป็นอย่างดี
๗. อายุไม่เกิน ๓๕ ปี
๘. ถ้าเป็นเพศชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว
๙. หากมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการจัดงานประชุม งานทำวารสาร จะได้รับการพิจารณาเป็นกรณีพิเศษ

#### ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอรับและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันศุกร์ที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ในวันและเวลาทำการ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

**ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร**

ผู้สมัครจะต้องนำเอกสารหลักฐานต่อไปนี้ยื่นพร้อมใบสมัครด้วย คือ

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

**ค. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก**

คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการสอบคัดเลือก ดังนี้

<b>ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน และสอบปฏิบัติ</b>	
<p>- วันพุธที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a></p>	
<p><b>สอบข้อเขียน</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- การวางแผนการจัดประชุมวิชาการ (๔๐ คะแนน)</li><li>- ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวารสาร (๔๐ คะแนน)</li><li>- การสืบค้นข้อมูล (๒๐ คะแนน)</li></ul> <p><b>วัน เวลา สถานที่ สอบ</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- วันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙</li><li>เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.</li><li>ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๓) สีแดง</li><li>ชั้น ๒ อาคาร ๓</li></ul>	<p><b>สอบปฏิบัติ</b></p> <p><b>การใช้โปรแกรม Microsoft office ๒๐๑๐</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- สอบการใช้โปรแกรม Microsoft Excel (๒๕ คะแนน)</li><li>- สอบการใช้โปรแกรม Microsoft Word (๑๐ คะแนน)</li><li>- สอบการใช้โปรแกรม Microsoft Power Point (๑๕ คะแนน)</li></ul> <p><b>วัน เวลา สถานที่ สอบ</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- วันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙</li><li>เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป</li><li>ณ ห้องอบรม/ ปฏิบัติการคอมพิวเตอร์</li><li>ชั้น ๕ อาคาร ๓</li></ul>
<p><b>ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์</b></p> <p>- วันพฤหัสบดีที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a> (เฉพาะผู้ที่สอบผ่านข้อเขียน และสอบปฏิบัติ รวมกันแล้วไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐)</p>	

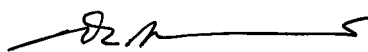
**สอบสัมภาษณ์**

- วันพุธที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒) ชั้น ๒ อาคาร ๗

**ประกาศผลการคัดเลือก**

- วันศุกร์ที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สิทธิชัย 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 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 / นางสาว .....ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อทางโลหิตและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) .....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย