



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสงค์รับสมัครนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง อาจารย์ สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน ๗ อัตรา จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ภาควิชา	สาขาวิชา	ตำแหน่งเลขที่
ทันตกรรมครอบคร้วและชุมชน	ทันตกรรมทั่วไป	E๑๒๐๐๓๑
	ทันตกรรมชุมชน	E๑๒๐๐๖๕
ทันตกรรมบูรณะและปริทันตวิทยา	ปริทันตวิทยา	E๑๒๐๐๐๓
ทันตกรรมจัดฟันและทันตกรรมสำหรับเด็ก	ทันตกรรมจัดฟัน	E๑๒๐๐๖๒
	ทันตกรรมจัดฟัน	E๑๒๐๐๗๕
ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล		E๑๒๐๐๕๒
		E๑๒๐๐๖๗

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ที่มีใช้นักศึกษาทันตแพทย์ตามโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่ม โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับการรับรองว่าสำเร็จการศึกษาจากสภามหาวิทยาลัยในปีการศึกษา ๒๕๕๙ และต้องได้รับเกียรติคุณ
๓. มีความสามารถทางภาษาอังกฤษ โดยจะต้องมีผลคะแนนภาษาอังกฤษมาขึ้นแสดงต่อคณะฯ ภายในวันครบกำหนดทดลองปฏิบัติงาน ๑ ปี นับตั้งแต่วันเริ่มบรรจุ ดังนี้
  - ๔.๑ TOEFL ไม่ต่ำกว่า ๕๕๐ คะแนน (paper-based) หรือ ๑๙๖ คะแนน (computer-based) หรือ ๘๐ คะแนน (internet-based) หรือ
  - ๔.๒ IELTS ไม่ต่ำกว่า ๖.๐
๔. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือก จะต้องมีความพร้อมในการไปศึกษาต่อเพื่อเพิ่มคุณวุฒิในระดับปริญญาเอกหรือเทียบเท่า ภายใน ๓ ปี นับตั้งแต่วันบรรจุ ตามนโยบายมหาวิทยาลัย

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ได้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป จนถึงวันศุกร์ที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ในวันและเวลาทำการ หรือส่งเอกสารทางโทรสารที่เบอร์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓, ๐-๕๓๒๒-๒๔๔๔ และสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำสำเนาเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

๑. Transcript 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. จดหมายรับรองจากสถาบันที่ผู้สมัครกำลังศึกษาอยู่ ๑ ฉบับ
๗. **เฉพาะผู้สมัครสาขาวิชาทันตกรรมจัดฟัน** ให้ยื่นแฟ้มสะสมงาน และ Statement of purpose (Thai or English)

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการสอบคัดเลือก โดยวิธีการสอบสัมภาษณ์ ตามกำหนดการของแต่ละภาควิชา/สาขาวิชา ดังนี้

ภาควิชา / สาขาวิชา	วัน เวลา สถานที่ สอบสัมภาษณ์
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	วันพุธที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสัมมนาภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก ชั้น ๓ อาคาร ๗
- สาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป	วันพุธที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสาขาวิชาทันตกรรมทั่วไป ชั้น ๓ อาคาร ๗
- สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน	วันพุธที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสาขาวิชาทันตกรรมชุมชน ชั้น ๓ อาคาร ๗
- สาขาวิชาปริทันตวิทยา	วันพุธที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสาขาวิชาปริทันตวิทยา ชั้น ๓ อาคาร ๗
- สาขาวิชาทันตกรรมจัดฟัน	วันพฤหัสบดีที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป ห้องสัมมนาสาขาวิชาทันตกรรมจัดฟัน ชั้น ๓ อาคาร ๒
ประกาศผลการคัดเลือก	วันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.dent.cmu.ac.th">http://www.dent.cmu.ac.th</a>

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ 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 ไม่ปรากฏอาการของโรคติดยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

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

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย