



ประกาศคณะกรรมการทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

ด้วย คณะกรรมการทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสงค์รับสมัครนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง ทันตแพทย์ สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม คณะกรรมการทันตแพทยศาสตร์ จำนวน ๔ อัตรา ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๓๕, E๑๒๐๐๓๖, E๑๒๐๐๓๗, E๑๒๐๐๓๘ จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ที่มิใช่นักศึกษาทันตแพทย์ตามโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่ม โดยจะต้องสำเร็จการศึกษาและได้รับการรับรองว่าสำเร็จการศึกษาจากสถาบันมหาวิทยาลัยในปีการศึกษา ๒๕๕๙

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๓ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๗๙-๔๔๑๒ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๗๙-๔๔๗๓ ได้ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป จนถึงวันครบรที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ในวันและเวลาทำการ หรือส่งเอกสารทางโทรศัพท์เบอร์ ๐-๕๓๗๙-๔๔๗๓, ๐-๕๓๗๙-๔๔๗๔ 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 |

๔. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะกรรมการแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการสอบคัดเลือก ดังนี้

กำหนดการ	วัน เวลา สถานที่
สอบสัมภาษณ์	วันอังคารที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๗ เวลา ๑๔.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสำนักงานคณฯ ๒ (ห้องประชุมเล็ก) ชั้น ๒ อาคาร ๓
ประกาศผลการคัดเลือก	วันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๗ ทางเว็บไซต์ http://www.dent.cmu.ac.th

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๖ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สิทธิชัย วนจันทรรักษ์)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ใบสมัครคัดเลือกเพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

อัตราเลขที่.....
เลขที่ประจำตัวสอบ.....
(เจ้าหน้าที่ส่วนงานกรอก)

รูปถ่ายขนาด
 $2 \times 2 \frac{1}{2}$ "

ตำแหน่งที่สมัคร :

สังกัดส่วนงาน :

ວຽກສຶກສາທີ່ໃຊ້ສົມຄຣສອບ :

(ประกาศนียบัตรหรือปริญญาที่ใช้ในการสมัครสอบต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติจากผู้มีอำนาจก่อนวันปิดรับสมัคร)

1. ประวัติส่วนตัว

1.1 ชื่อและนามสกุล (นาย/นาง/นางสาว):.....

1.2 วัน เดือน ปีเกิด : อายุ : ปี เดือน วัน

ເຊື້ອຫາຕີ : ສັນຍາຫາຕີ : ຖາສະນາ:

1.3 สถานภาพ : โสด สมรส หย่า หม้าย

1.4 ชื่อ-นามสกุลคู่สมรส :

ที่อยู่/สถานที่ทำงาน :

ตำแหน่ง :

1.5 ภูมิลำเนาเดิม :

6 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ : หมู่ที่ : ถนน :

ตำบล/แขวง : อำเภอ/เขต :

จังหวัด : รหัสไปรษณีย์ : โทรศัพท์ :

มือถือ : อีเมล์ :

2. ประวัติการศึกษา (โปรดระบุชื่อวุฒิที่ได้รับทั้งหมด เรียงลำดับจากวุฒิสูงไปหาวุฒิต่ำ)

3. ประวัติการทำงาน

เดือน/ปีที่เข้าทำงาน	สถานที่ทำงาน	ตำแหน่ง	งานที่รับผิดชอบ	เงินเดือน	สาเหตุที่ออก
จาก	ถึง				

4. ปัจจุบันประกอบอาชีพ : ตำแหน่ง :

เงินเดือนสุดท้าย : บาท สถานที่ทำงาน :

วัน เดือน ปี เข้าทำงาน : โทรศัพท์ :

5. ผลงานทางวิชาการ (ถ้ามี)

6. ประวัติการฝึกอบรม

7. ความรู้ ความสามารถ หรือความชำนาญพิเศษ:

.....
.....
.....

8. บุคคลรับรองที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม:

8.1 ชื่อ-นามสกุล : ความสัมพันธ์ :

ระยะเวลาที่รู้จัก : ตำแหน่ง :

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ :

โทรศัพท์ : อีเมล์ :

8.2 ชื่อ-นามสกุล : ความสัมพันธ์ :

ระยะเวลาที่รู้จัก : ตำแหน่ง :

สถานที่ทำงาน/ที่อยู่ :

โทรศัพท์ : อีเมล์ :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและครบถ้วน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหาก
ระบุข้อความที่บิดเบือนจากความเป็นจริง จะเป็นสาเหตุให้ถูกตัดสิทธิจากการเป็นพนักงาน และ/หรือถูกปลด^{ออก}จากงานทันทีโดยไม่ได้รับเงินชดเชย

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร^{รับรอง}
ยื่นใบสมัครวันที่ / /

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาว ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถ
ปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟันเฟือง หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคติด
ยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้เขียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหากจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ
ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย