



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่งนักการเงินและบัญชี

ด้วยคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอัตราพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่งนักการเงินและบัญชี สังกัดงานการเงิน การคลังและพัสดุ สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ ตำแหน่งเลขที่ E๑๒๐๐๓๖ อัตราค่าจ้างเดือนละ ๑๗,๐๖๐ บาท วางอยู่จำนวน ๑ อัตรา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ในอัตราว่างดังกล่าว จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ก. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๑. ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติทั่วไปตามข้อ ๖ แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ต้องไม่เป็นผู้ที่ลาออกราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด
๓. เป็นผู้ได้รับคุณวุฒิปริญญาตรีหรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ ทางด้านการเงินและบัญชี
๔. มีประสบการณ์ในการทำงานด้านบัญชีเกณฑ์พึงรับพึงจ่าย (๓ มิติ)
๕. หากเป็นชาย ต้องผ่านการเกณฑ์ทหารแล้ว
๖. เมื่อได้รับการบรรจุ จะต้องมีบุคคลหรือหลักทรัพย์ค้ำประกัน

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานคณะทันตแพทยศาสตร์ ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป **จนถึงวันพุธที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕** ในวันและเวลาทำการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.dent.cmu.ac.th>

ค. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นในการสมัคร

ผู้สมัครจะต้องนำสำเนาเอกสารและรับรองสำเนาเอกสารยื่นพร้อมใบสมัครด้วย ดังนี้

- | | | |
|--|---|------|
| ๑. สำเนาคุณวุฒิการศึกษา พร้อม Transcript | ๑ | ชุด |
| ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | ๑ | ชุด |
| ๓. สำเนาทะเบียนบ้าน | ๑ | ชุด |
| ๔. ใบรับรองแพทย์ซึ่งออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน | ๑ | ชุด |
| ๕. สำเนาหลักฐานผ่านการเกณฑ์ทหาร | ๑ | ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายขนาด ๓ x ๔ ซม. | ๑ | รูป |
| ๗. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการของผู้ค้ำประกัน
(ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไป) | ๑ | ฉบับ |
| ๘. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (ถ้ามี) | ๑ | ฉบับ |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก
คณะทันตแพทยศาสตร์ จะดำเนินการคัดเลือก ดังนี้

วัน เวลา สถานที่	รายละเอียด
วันศุกร์ที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์คณะทันตแพทยศาสตร์ http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบ
วันอังคารที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมคณะกรรมการประจำคณะฯ ชั้น ๒ อาคาร ๓	สอบข้อเขียน - ภาษาอังกฤษ - ร่างหนังสือราชการ/พิมพ์ - ระเบียบการเบิกจ่ายเงินรายได้มหาวิทยาลัย - ข้อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วย การบริหารการเงิน พ.ศ. ๒๕๕๑ - ความรู้ด้านบัญชีเกณฑ์พึงรับพึงจ่าย (๓ มิติ)
วันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์คณะทันตแพทยศาสตร์ http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์ (ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ต้องได้คะแนนสอบข้อเขียน รวมกันแล้ว ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)
วันพุธที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๙ ลงทะเบียนเข้ารับการตรวจตามระเบียบการเข้าตรวจรักษาของ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. เพื่อไปตรวจ OPD ที่ห้องเบอร์ ๒๔ และทดสอบบุคลิกภาพฯ เวลา ๑๓.๐๐ น. ณ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มช. (โดยผู้ทดสอบจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายละเอียด ๑๗๐ บาท)	ทดสอบบุคลิกภาพทางด้านจิตวิทยา
วันจันทร์ที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานคณะฯ (๒)	สอบสัมภาษณ์
วันพุธที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ หลังเวลา ๑๕.๐๐ น. ทางเว็บไซต์คณะทันตแพทยศาสตร์ http://www.dent.cmu.ac.th	ประกาศผลการคัดเลือก

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๙



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.ลิทธิชัย วนจันทร์รักษ์)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

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 ไม่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อเสียดัดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

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

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

(1).....

(2).....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย