



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน
ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย (รอบสอง)

ด้วย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประสงค์รับสมัครนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ เพื่อสอบคัดเลือกบรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง อาจารย์ สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน ๒ อัตรา จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

ภาควิชา	สาขาวิชา	ตำแหน่งเลขที่
ทันตกรรมบูรณะและปริทันตวิทยา	ปริทันตวิทยา	E๑๒๐๐๐๓
ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล		E๑๒๐๐๖๗

ข. คุณสมบัติของผู้สมัคร

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

ข. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์จะสมัครเข้ารับการสอบคัดเลือก ให้ติดต่อขอใบสมัครและยื่นใบสมัครได้ที่งานบริหารทั่วไป ชั้น ๒ อาคาร ๗ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๑๒ หมายเลขโทรสาร ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันอังคารที่ **๑๐ มกราคม ๒๕๖๐** ในวันและเวลาทำการ หรือส่งเอกสารทางโทรศัพท์ที่เบอร์ ๐-๕๓๙๔-๔๔๘๓, ๐-๕๓๒๒-๒๘๔๔ 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 |

ง. หลักเกณฑ์และวิธีการสอบคัดเลือก

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะดำเนินการสอบคัดเลือก โดยวิธีการสอบสัมภาษณ์ ตามกำหนดการของแต่ละภาควิชา/สาขาวิชา ดังนี้

ภาควิชา / สาขาวิชา	วัน เวลา สถานที่ สอบสัมภาษณ์
ทันตกรรมบูรณะและปริทันตวิทยา - สาขาวิชาปริทันตวิทยา	วันพุธที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสาขาวิชาปริทันตวิทยา ชั้น ๓ อาคาร ๗
ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและ แม็กซิลโลเฟเชียล	วันพุธที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมสัมมนาภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก ชั้น ๓ อาคาร ๗
ประกาศผลการคัดเลือก	วันศุกร์ที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๐ ทางเว็บไซต์ http://www.dent.cmu.ac.th

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.ลิทธิชัย 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 / 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