

-สำเนา-

ประกาศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ๒๕๒/๒๕๖๒

เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ (ทันตแพทย์ชดใช้ทุน) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบ ๒

ด้วยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์รับสมัครคัดเลือกบุคคล
เพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง ทันตแพทย์ (ทันตแพทย์ชดใช้ทุน) ประจำปี
งบประมาณ ๒๕๖๓ ซึ่งจ้างด้วยเงินอุดหนุนรัฐบาล สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
คณะแพทยศาสตร์ จึงอาศัยอำนาจตามความใน ข้อ ๘ (๒๕) ของคำสั่งมหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๑๐๗๐/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗ เรื่อง การมอบอำนาจให้หัวหน้าส่วนงานปฏิบัติงาน
จึงประกาศรับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อบรรจุและแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. ตำแหน่งและสังกัด

๑.๑ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ (ทันตแพทย์ชดใช้ทุน)

จำนวน ๑ อัตรา สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์

๒. คุณสมบัติทั่วไปสำหรับผู้สมัคร

๒.๑ ผู้ที่จะได้รับการบรรจุเป็นลูกจ้าง ต้องมีคุณสมบัติทั่วไปและไม่มีลักษณะ
ต้องห้ามดังต่อไปนี้ ตามความในข้อ ๑๐ ของข้อบังคับมหาวิทยาลัยบูรพา ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล
ของมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๖ ดังต่อไปนี้

(ก) คุณสมบัติทั่วไป

(๑) ภายใต้งบข้อ ๑๑ (๒) (ค) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีและไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์

(๓) เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์

ทรงเป็นประมุข

(๔) สำเร็จการศึกษาตามที่ ก.บ.บ. กำหนด

(ข) ลักษณะต้องห้าม

(๑) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง

(๒) เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ เป็นคนเสมือนไร้

ความสามารถหรือเป็นโรคที่ ก.บ.บ. กำหนด

(๓) เป็นผู้อยู่ระหว่างถูกสั่งพักงาน หรือถูกสั่งให้ออกจากงานไว้ก่อนตาม

ข้อบังคับนี้หรือกฎหมายอื่น

(๔) เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีจนเป็นที่รังเกียจของสังคม

(๕) เป็นกรรมการหรือผู้ดำรงตำแหน่งที่รับผิดชอบในการบริหารพรรค

การเมืองหรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง

/ (๖) เป็นบุคคล..

- (๖) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๗) เป็นผู้เคยถูกจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเพราะกระทำความผิดทางอาญาและพ้นโทษมายังไม่ถึงห้าปี เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๘) เป็นผู้เคยถูกลงโทษให้ออก ปล่อยออก หรือไล่ออกจากส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจองค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (๙) เป็นผู้เคยถูกลงโทษปล่อยออก หรือไล่ออก เพราะกระทำผิดวินัยตามข้อบังคับนี้ หรือกฎหมายอื่น
- (๑๐) เป็นผู้เคยกระทำการทุจริตในการสอบเข้ารับราชการหรือเข้าปฏิบัติงานในรัฐวิสาหกิจองค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ หรือกระทำการทุจริตในการสอบระหว่างการศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

๒.๒ เป็นผู้สำเร็จการศึกษา ได้รับใบรับรองคุณวุฒิแสดงว่าเป็นผู้สำเร็จการศึกษา และต้องผ่านการพิจารณาอนุมัติจากผู้มีอำนาจก่อนวันปีรับสมัคร สำหรับใบรับรองซึ่งระบุว่า “กำลังเรียน” “รอผลการสอบ” มหาวิทยาลัยจะไม่พิจารณา

๒.๓ ต้องไม่เป็นผู้ออกจากราชการตามโครงการเปลี่ยนเส้นทางชีวิต : เกษียณก่อนกำหนด

๓. คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

๓.๑ ได้รับปริญญาทางทันตแพทย์หรือเทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมจากทันตแพทยสภา

๓.๒. มีความรู้ความสามารถในงานการงานอย่างเหมาะสมแก่การปฏิบัติงานในหน้าที่

๓.๓. มีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓.๔ เป็นผู้มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน

๓.๕ มนุษย์สัมพันธ์ดี สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

๔. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์สมัคร ขอรับใบสมัครและสมัครด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึง วันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ณ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ชั้น ๒ งานบริหารงานบุคคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐๓๘-๓๘๖๕๕๕ ต่อ ๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๔ โทร. ๐๓๘-๓๘๖๕๕๗ ในวันและเวลาราชการ

๕. หลักฐานการสมัคร

๕.๑ ใบสมัครตามแบบของมหาวิทยาลัย

๕.๒ สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) เมื่อจบชั้นปีที่ ๕ จำนวน ๑ ฉบับ

๕.๓ สำเนาบัตรประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ

/๕.๔ สำเนาทะเบียน...

- ๕.๔ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
๕.๕ สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๕.๖ สำเนาใบแจ้งผลการสอบเพื่อประเมินและรับรอง ความรู้ความสามารถ
ขั้นตอนที่ ๑ และ ๒ จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๕.๗ หนังสือรับรอง (Recommendation letter) จำนวน ๒ ฉบับ จากอาจารย์
ทันตแพทย์ ๒ ท่าน
๕.๘ สำเนาหลักฐานการรับราชการทหาร (เฉพาะเพศชาย) จำนวน ๑ ฉบับ
๕.๙ ถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
๕.๑๐ Port Folio จำนวน ๑ แฟ้ม
๕.๑๑ เขียนคำบรรยายย่อว่า ทำไมถึงเลือกخذเงินทุนที่ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ แผ่น

๖. ค่าธรรมเนียมการสมัคร

- ระดับอุดมศึกษาปริญญาตรี จำนวน ๕๐ บาท

๗. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือก

วันที่ ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๓๐ น. ที่ <http://med.buu.ac.th> หรือ
สอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๒๒๒๒ ต่อ ๓๑๕๓, ๐-๓๘๓๘-๖๕๕๔ ในวันและเวลาราชการ

๘. กำหนดการสอบคัดเลือก

วันที่	เวลา	วิธีการคัดเลือก	สถานที่สอบ
๑๔ มกราคม ๒๕๖๓	๐๙.๐๐ - ๑๑.๓๐ น.	ข้อเขียน	งานบริหารงานบุคคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	๐๙.๐๐ - ๑๑.๓๐ น.	สัมภาษณ์	

๙. ประกาศผลการสอบคัดเลือก

วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๐๐ น. ที่ <http://med.buu.ac.th> หรือ
สอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๓๘๑๐-๒๒๒๒ ต่อ ๓๑๕๓, ๐-๓๘๓๘-๖๕๕๔ ในวันและเวลาราชการ
/อนึ่ง ผู้ได้รับ...

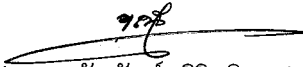
อนึ่ง ผู้ได้รับการคัดเลือก ต้องจัดทำสัญญาจ้างพนักงานมหาวิทยาลัย และสัญญาค้า
ประกัน ณ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยให้จัดหาบุคคลดังต่อไปนี้เป็น
ผู้ค้ำประกันลงนามในสัญญาฯ ตามลำดับ ดังนี้

๑. บิดาหรือมารดา (ที่แท้จริง) หรือ
๒. พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของพนักงานมหาวิทยาลัย

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(ลงชื่อ) พิสิษฐ์ พิริยาพรณ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรณ)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาถูกต้อง


(นายฐณัฏฐนันท์ วิริยกิจจา)
บุคลากร



รับสมัครทันตแพทย์ใช้ทุน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- ทันตแพทย์ ๑ อัตรา

หลักฐานและเอกสารการรับสมัคร

๑. แบบฟอร์มใบสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียน, บัตรประชาชน อย่างละ ๑ ฉบับ
๓. สำเนาใบรายงานผลการศึกษา (Transcript) เมื่อจบชั้นปีที่ ๕ จำนวน ๑ ฉบับ
๔. สำเนาใบแจ้งผลการสอบเพื่อประเมินและรับรองความรู้ความสามารถฯ ขั้นตอนที่ ๑ จำนวน ๑ ฉบับ
๕. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
๖. หนังสือรับรอง (Recommendation letter) จำนวน ๒ ฉบับ จากอาจารย์ ๒ ท่าน
๗. Port Folio จำนวน ๑ แฟ้ม
๘. เขียนคำบรรยายย่อว่า ทำไมถึงเลือกขอใช้ทุนที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ แผ่น

ระยะเวลาการรับสมัคร

แต่บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

งานบริหารงานบุคคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร. ๐๓๘-๓๘๖๕๕๔ ต่อ ๓๑๗๘ ต่อ ๒๒๒๔ หรือ

โทร ๐๙๔-๖๘๑๓๓๓๙ โทรสาร ๐๓๘-๓๘๖๕๕๗ คุณ รุณิฎันันท์

งานบริหารงานบุคคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

สอบคัดเลือกวันที่ ๑๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

เวลา ๐๙.๐๐ น. เป็นต้นไป



รูปถ่าย ๑ นิ้ว

ใบสมัครทันตแพทย์ใช้ทุน ของนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบ ๒

๑. ชื่อ (นาย/ นาง / นางสาว).....นามสกุล.....รหัสนักศึกษา.....
อายุ.....ปี.....เดือน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
เป็นผู้จะสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัย.....
นอกจากทำสัญญาเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาทันตแพทยศาสตรแล้ว ข้าพเจ้ายังได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจาก
(ระบุชื่อทุน).....
โดยมีชื่อผูกพัน.....

๒. สถานที่เกิด อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ที่อยู่/ สถานที่ติดต่อได้เมื่อมีเรื่องด่วน บ้านเลขที่.....ซอย / ถนน.....
หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/ เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

๓. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย / ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....
อาชีพของบิดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว / อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ตำแหน่งสถานที่ทำงาน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

๔. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
ยังมีชีวิตอยู่/ ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย / ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....
อาชีพของมารดา รับราชการ ธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ อาชีพส่วนตัว / อิสระ
 เกษตรกร พ่อบ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ตำแหน่งสถานที่ทำงาน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

/๕. วุฒิการศึกษา...

วุฒิการศึกษาเดิมของ นักศึกษา	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ/เขต/จังหวัด	เริ่มศึกษา พ.ศ.	สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
ประถมศึกษาปีที่ ๖				
มัธยมศึกษาปีที่ ๓				
มัธยมศึกษาปีที่ ๖				

๖. การสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- ขั้นตอนที่ ๑ ผ่าน ไม่ผ่าน
 ขั้นตอนที่ ๒ ผ่าน ไม่ผ่าน
 ขั้นตอนที่ ๓ ผ่าน ไม่ผ่าน

๗. ข้าพเจ้า.....ขอสมัครเข้าปฏิบัติงานขอใช้ทุนที่หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)
/...../.....