



คลินิก/หน่วยงาน/ศูนย์ที่ต้องการปฏิบัติงาน หรือปฏิบัติงานทดแทน โดยเริ่มปฏิบัติงานวันที่ .....

คลินิก/หน่วยงาน/ศูนย์	วัน/เวลาที่ต้องการลงปฏิบัติงาน							ความเห็น	
	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยใน / หน่วยคัดกรองฯ	ผู้ควบคุมหน่วยผู้ป่วยใน / หน่วยคัดกรองฯ
.....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	ความเห็น ..... ..... ลงชื่อ..... (.....) หัวหน้า..... วคป.....	ความเห็น ..... ..... ลงชื่อ..... (.....) ผู้ควบคุม..... วคป.....
.....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	ความเห็น ..... ..... ลงชื่อ..... (.....) หัวหน้า..... วคป.....	ความเห็น ..... ..... ลงชื่อ..... (.....) ผู้ควบคุม..... วคป.....
.....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	<input type="checkbox"/> 07.30 - 15.30 น <input type="checkbox"/> 15.30 - 23.30 น <input type="checkbox"/> 23.30 - 07.30 น <input type="checkbox"/> ช่วงเวลาอื่น .....	ความเห็น ..... ..... ลงชื่อ..... (.....) หัวหน้า..... วคป.....	ความเห็น ..... ..... ลงชื่อ..... (.....) ผู้ควบคุม..... วคป.....

\* โปรดแนบหลักฐานช่วงเวลา / ชั่วโมง การทำงานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนทุกครั้ง

\*\* กรณีปฏิบัติงานมากกว่า 3 คลินิก สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร  
(.....)

**ผู้สมัครและคลินิก/หน่วยงาน/ศูนย์ได้ทำสัญญาและข้อตกลงในการปฏิบัติงานดังนี้**

- กำหนดวันสิ้นสุดสัญญา ประเภทสมัครใหม่ให้สัญญาสิ้นสุด ณ วันที่ 30 กันยายนของปีงบประมาณที่สมัคร ประเภทสมัครต่อเนื่อง เริ่มปฏิบัติงานวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายนของปีถัดไป โดยยื่นใบสมัครต่อเนื่องสำหรับปีถัดไปในสัปดาห์แรกของเดือนสิงหาคมของทุกปี
- ผู้สมัครต้องได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
- ผู้สมัครยินยอมปฏิบัติตาม ประกาศ ระเบียบของคณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้สมัครที่ต้องรับทราบประกาศ ระเบียบที่เกี่ยวข้องของคณะทันตแพทยศาสตร์
- ผู้สมัครจะต้องปฏิบัติงานโดยรักษามาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม และต้องทำความเข้าใจและปฏิบัติตามประกาศสิทธิของผู้ป่วยทุกข้อ
- ผู้สมัครยอมรับการประเมินคุณภาพงานบริการทันตกรรมตามระบบของคณะทันตแพทยศาสตร์
- หากผู้สมัครไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อตกลงนี้ ครั้งแรกจะได้รับการตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร หากยังไม่ปฏิบัติตามผู้ควบคุมคลินิกหรือผู้จัดการคลินิกสามารถเพิ่ม/ลดเวลาปฏิบัติงานหรือยกเลิกการปฏิบัติงานของผู้สมัครตามประกาศของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ตามที่เห็นสมควร
- กรณีผู้สมัครประสงค์จะลาออกหรือไม่ต่อสัญญาก่อนครบกำหนดระยะเวลา จะต้องแจ้งให้ผู้ควบคุมคลินิก/หน่วย/ศูนย์หรือผู้จัดการคลินิกทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 วัน

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

① ความเห็น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่าย.....	② ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม
<p>เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์                      ได้ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครแล้วมีความเห็นว่า.....</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับรอง                      (.....)</p>	<p><input type="checkbox"/> อนุมัติ                      <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ                      (.....)</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย</p>

**(สำหรับเจ้าหน้าที่)**

**หลักฐานแบบใบสมัครเพื่อประกอบการพิจารณา (กรณีสมัครใหม่แบบหลักฐานข้อ 1-5 สมัครต่อเนื่องแบบหลักฐานข้อ 4 และข้อ 6**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. สำเนาวุฒิการศึกษา               | <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน   |
| <input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ      | <input type="checkbox"/> 4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว (ติดทุกครั้งที่ยื่นใบสมัคร) |
| <input type="checkbox"/> 5. บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ | <input type="checkbox"/> 6. สำเนาใบแจ้งเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล              |

ได้ตรวจสอบหลักฐานของผู้สมัครแล้ว ผู้สมัครแนบลักษณะพร้อมใบสมัครตามประเภทการสมัคร  ครบทุกข้อ  ยื่นเฉพาะข้อ.....และขาดหลักฐานข้อ.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
 วัน/เดือน/ปี.....

ปรับปรุง ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2562