เลขที่...../.....

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ประจำปีงบประมาณ.....

ประเภทการสมัคร ☐ สมัครใหม่ ☐ สมัครต่อเนื่อง

.....

วันที่.....

1. **<u>ข้อมูลส่วนบุคคล</u>**

1.1 ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง)..... นามสกุล.....

NAME (MR./MISS/MRS.).....

ปัจจุบันอายุ..... ปี.....เดือน ประเภทบุคลากร ☐ สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ ☐ ไม่ได้สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์

1.2 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่..... เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ วันหมดอายุ.....

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

โทรศัพท์มือถือ..... Email Address.....

2. **<u>ประวัติการศึกษา</u>** (เรียงจากคุณวุฒิสูงสุด)

คุณวุฒิ	สาขา	ปี พ.ศ.	สถานศึกษา

3. **<u>ประวัติการทำงาน</u>**

สถานที่ทำงาน/โทรศัพท์	ตำแหน่ง	ระยะเวลา

คุณวุฒิที่ใช้ในการสมัคร:..... ตำแหน่ง 1 .....

คุณวุฒิที่ใช้ในการสมัคร:..... ตำแหน่ง 2.....

คุณวุฒิที่ใช้ในการสมัคร:..... ตำแหน่ง 3.....

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

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

คลินิก/หน่วยงาน/ศูนย์	วัน/เวลาที่ต้องการลงปฏิบัติงาน							ความเห็น	
	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์	หัวหน้าคลินิก/ศูนย์/หน่วย	ผู้จัดการคลินิก/ผู้ควบคุมคลินิก/ศูนย์/หน่วย
.....	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	**ความเห็น** .... ลงชื่อ..... (.....) หัวหน้า..... วดป.....	**ความเห็น** ผู้สมัครมีคุณสมบัติเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ☐ ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม/ช่างทันตกรรม ☐ ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรมทักษะสูง ☐ ช่างทันตกรรมทักษะสูง ☐ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ลงชื่อ..... (.....) ผู้ควบคุม..... วดป.....
.....	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	**ความเห็น** .... ลงชื่อ..... (.....) หัวหน้า..... วดป.....	**ความเห็น** ผู้สมัครมีคุณสมบัติเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ☐ ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม/ช่างทันตกรรม ☐ ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรมทักษะสูง ☐ ช่างทันตกรรมทักษะสูง ☐ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ลงชื่อ..... (.....) ผู้ควบคุม..... วดป.....
.....	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ 16.30-20.00 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	☐ 08.30-12.00 น ☐ 13.00-16.30 น ☐ ช่วงเวลาอื่น ..... ☐ ช่วงเวลาปฏิบัติงานหน่วยผู้ป่วยใน	**ความเห็น** .... ลงชื่อ..... (.....) หัวหน้า..... วดป.....	**ความเห็น** ผู้สมัครมีคุณสมบัติเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ☐ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ☐ ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม/ช่างทันตกรรม ☐ ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรมทักษะสูง ☐ ช่างทันตกรรมทักษะสูง ☐ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ลงชื่อ..... (.....) ผู้ควบคุม..... วดป.....

* โปรดแนบหลักฐานช่วงเวลา / ชั่วโมง การทำงานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนทุกครั้ง

** กรณีปฏิบัติงานมากกว่า 3 คลินิก สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

ผู้สมัครและคลินิก/หน่วยงาน/ศูนย์ได้ทำสัญญาและข้อตกลงในการปฏิบัติงานดังนี้

1. กำหนดวันสิ้นสุดสัญญา ประเภทสมัครใหม่ให้สัญญาสิ้นสุด ณ วันที่ 30 กันยายนของปีงบประมาณที่สมัคร ประเภทสมัครต่อเนื่อง เริ่มปฏิบัติ งานวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายนของปีถัดไป โดยยื่นใบสมัครต่อเนื่องสำหรับปีถัดไปในสัปดาห์แรกของเดือนสิงหาคมของทุกปี
2. ผู้สมัครต้องได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
3. ผู้สมัครยินยอมปฏิบัติตาม ประกาศ ระเบียบของคณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้สมัครที่ต้องรับทราบประกาศ ระเบียบที่เกี่ยวข้องของคณะทันตแพทยศาสตร์
4. ผู้สมัครจะต้องปฏิบัติงานโดยรักษามาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม และต้องทำความเข้าใจและปฏิบัติตามประกาศสิทธิของผู้ป่วยทุกข้อ
5. ผู้สมัครยอมรับการประเมินคุณภาพงานบริการทันตกรรมตามระบบของคณะทันตแพทยศาสตร์
6. หากผู้สมัครไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อตกลงนี้ ครั้งแรกจะได้รับการตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร หากยังไม่ปฏิบัติตามผู้ควบคุมคลินิกหรือผู้จัดการคลินิกสามารถเพิ่ม/ลดเวลาปฏิบัติงานหรือยกเลิกการปฏิบัติงานของผู้สมัครตามประกาศของโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ตามที่เห็นสมควร
7. กรณีผู้สมัครประสงค์จะลาออกหรือไม่ต่อสัญญาก่อนครบกำหนดระยะเวลา จะต้องแจ้งให้ผู้ควบคุมคลินิก/หน่วย/ศูนย์หรือผู้จัดการคลินิกทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 วัน

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

① ความเห็น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่าย.....	② ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัครแล้วมีความเห็นว่า..... ..... ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....)	☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

<u>หลักฐานแนบใบสมัครเพื่อประกอบการพิจารณา (กรณีสมัครใหม่แนบหลักฐานข้อ 1-5 สมัครต่อเนื่องแนบหลักฐานข้อ 4 และข้อ 6</u>

☐ 1. สำเนาวุฒิการศึกษา
☐ 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
☐ 3. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (เฉพาะตำแหน่งที่มีใบประกอบวิชาชีพ)
☐ 4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว (ติดทุกครั้งที่กรอกใบสมัคร)
☐ 5. บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์
☐ 6. สำเนาใบแจ้งเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล

ได้ตรวจสอบหลักฐานของผู้สมัครแล้ว ผู้สมัครแนบหลักฐานพร้อมใบสมัครตามประเภทการสมัคร
☐ ครบทุกข้อ
☐ ยื่นเฉพาะข้อ.....และขาดหลักฐานข้อ.....

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