



เลขที่...../.....

ตีตรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ประจำปีงบประมาณ.....

ประเภทการสมัคร สมัครใหม่ สมัครต่อเนื่อง

วันที่.....

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

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

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

ปัจจุบันอายุ.....ปี.....เดือน ประเภทบุคลากร สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ ไม่ได้สังกัด คณะทันตแพทยศาสตร์

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

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

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

2. ประวัติการศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิสูงสุด)

คุณวุฒิ	สาขา	ปี พ.ศ.	สถานศึกษา

3. ประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน/โทรศัพท์	ตำแหน่ง	ระยะเวลา

4. คุณวุฒิที่ใช้ในการสมัคร

5. ตำแหน่ง (เลือกได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยผู้จัดการ | <input type="checkbox"/> ช่างทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> เกสซ์ชกร | <input type="checkbox"/> ช่างทันตกรรมทักษะสูง |
| <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยเกสซ์ชกร | <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่การเงิน |
| <input type="checkbox"/> วิทยาลัยพยาบาล | <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ |
| <input type="checkbox"/> พยาบาล | <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สถิติ |
| <input type="checkbox"/> พยาบาล (ห้องผ่าตัด) | <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ช่วยปฏิบัติงาน |
| <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล | <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยสัมพันธ์ |
| <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม | <input type="checkbox"/> ช่างซ่อมบำรุง |
| <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม (ห้องผ่าตัด) | <input type="checkbox"/> พนักงานเปล |
| <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรมทักษะสูง | <input type="checkbox"/> พนักงานขับรถยนต์ |
| <input type="checkbox"/> นักรังสีการแพทย์ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

หมายเหตุ : ชื่อตำแหน่งเป็นไปตามประกาศหลักเกณฑ์และอัตราการจัดจ่ายเงิน
ค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบริการทันตกรรม พ.ศ.2567

 ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)

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

ลงชื่อผู้สมัคร
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

หลักฐานแนบใบสมัครเพื่อประกอบการพิจารณา (กรณีสมัครใหม่แนบหลักฐานข้อ 1-5 สมัครต่อเนื่องแนบหลักฐานข้อ 4 และข้อ 6

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

ได้ตรวจสอบหลักฐานของผู้สมัครแล้ว ผู้สมัครแนบหลักฐานพร้อมใบสมัครตามประเภทการสมัคร

- ครบทุกข้อ
 ยื่นเฉพาะข้อ.....และขาดหลักฐานข้อ.....