



## ใบสมัครการปฏิบัติงาน

โครงการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) หรือโครงการคลินิกอาจารย์ (Faculty Clinic)

โรงพยาบาลทันตกรรม สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์

ประจำปีงบประมาณ.....

วันที่.....

ติดรูปถ่าย  
ขนาด ๑ นิ้ว

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....

ภาควิชา/สังกัด.....โทรศัพท์มือถือ.....Email Address.....

คุณวุฒิที่ใช้สมัคร .....สาขา.....หมายเลขใบรับรองการอบรม

Basic Life Support หรือสูงกว่า.....จากสถาบัน.....หมดอายุ.....

ข้อมูลประกันวิชาชีพ บริษัทประกัน.....วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง.....

มีความประสงค์จะสมัครปฏิบัติงานที่  โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์  โรงพยาบาลทันตกรรมมหัจกรีศรีนรโครงการที่สมัคร  โครงการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic)  โครงการคลินิกอาจารย์ (Faculty Clinic)ประเภทการสมัคร  สมัครใหม่  สมัครต่อเนื่อง และ ที่คลินิก ศูนย์ และหน่วย ดังนี้

สถานที่ปฏิบัติงาน (คลินิก/ศูนย์/หน่วย)	ความเห็นหัวหน้าภาควิชา/ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น	ความเห็นผู้ควบคุมคลินิก/ศูนย์/หน่วย
.....	<p>ความเห็น</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ว.ด.ป.....</p>	<p>ความเห็น</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ว.ด.ป.....</p>

กรณีสมัครลงปฏิบัติงานคลินิกศัลยกรรมช่องปากและใบหน้าขากรรไกร สามารถเลือกลงปฏิบัติงานได้ ๒ คลินิก/หน่วย ดังนี้

สถานที่ลงปฏิบัติงาน (คลินิก/ศูนย์/หน่วย)	ความเห็นหัวหน้าภาควิชา/ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น
๑.คลินิกศัลยกรรมช่องปากและใบหน้าขากรรไกร	<p>ความเห็น</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>ว.ด.ป.....</p>
๒.หน่วยห้องผ่าตัด	<p>ความเห็น</p> <p>.....</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>ว.ด.ป.....</p>

**ผู้สมัครได้ทำสัญญาและยินยอมปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของโครงการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) หรือโครงการคลินิกอาจารย์ (Faculty Clinic)**

**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้**

๑. ผู้มีสิทธิสมัคร ได้แก่ อาจารย์ทันตแพทย์/อาจารย์แพทย์/ทันตแพทย์/แพทย์ สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้ทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน และผ่านการประเมินจากหัวหน้าภาควิชาหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล และต้องได้รับการพิจารณาอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
๒. ผู้สมัครมีสิทธิเลือกสมัครปฏิบัติงานระหว่างโครงการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) และโครงการคลินิกอาจารย์ (Faculty Clinic) ได้อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น
๓. กำหนดวันสิ้นสุดสัญญา ให้สัญญาสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ กันยายนของปีงบประมาณที่สมัคร เริ่มปฏิบัติงานวันที่ ๑ ตุลาคม – ๓๐ กันยายนของปีถัดไป โดยยื่นการสมัครต่อเนื่องสำหรับปีถัดไปในระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคมของทุกปี
๔. ผู้สมัครต้องต้องผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ที่ได้มาตรฐานของคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ และได้รับรับรองการฝึกอบรมที่มีผลบังคับใช้ ณ วันที่สมัคร (ผู้ที่เข้ารับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) กับคณะทันตแพทยศาสตร์ไม่ต้องแนบสำเนาใบรับรอง)
๕. การรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานานและมีการเก็บค่ารักษาก่อนการรักษาเสร็จสิ้น ทันตแพทย์ท่านนั้นจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่รับผิดชอบตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการรักษานั้นๆ กรณีเกิดเหตุสุดวิสัยที่จำเป็นต้องโอนผู้ป่วยให้ทันตแพทย์ท่านอื่นรักษาต่อ หรือผู้ป่วยขอเปลี่ยนทันตแพทย์ จะพิจารณาเรียกคืนเงินจากทันตแพทย์ผู้ที่เคยได้รับจากผู้ป่วยมาจ่ายให้แก่ทันตแพทย์ที่รับโอน ตามมติของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทันตกรรม
๖. หากเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการบำบัดรักษาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ให้การรักษจะต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหาย ตามมติของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทันตกรรม
๗. กรณีผู้ป่วยค้างชำระค่าปฏิบัติการทางทันตกรรม ผู้สมัครยินยอมให้คณะทันตแพทยศาสตร์หักเงินจากเงินรายได้ค่าหัตถการทางทันตกรรม
๘. หากผู้สมัครไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อตกลงนี้ ครั้งแรกจะได้รับการตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรและงดจ่ายผู้ป่วยใหม่เป็นเวลา ๑ เดือน หากยังไม่ปฏิบัติตามคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทันตกรรมมีสิทธิยกเลิกการปฏิบัติงานหรือตามที่เห็นสมควร
๙. ผู้สมัครจะต้องปฏิบัติตามโดยรักษามาตรฐานวิชาชีพอย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม และต้องทำความเข้าใจและปฏิบัติตามประกาศสิทธิของผู้ป่วยทุกครั้ง
๑๐. ก่อนให้การรักษาผู้ป่วยทุกราย ทันตแพทย์หรือแพทย์จะต้องแจ้งการวินิจฉัย แผนการรักษาและค่ารักษาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง
๑๑. ผู้สมัครยอมรับการประเมินคุณภาพงานบริการทันตกรรมตามระบบของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๒. ผู้ควบคุมคลินิกหรือผู้จัดการคลินิกของสงวนสิทธิในการลดเวลาปฏิบัติงานหรือยกเลิกการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ตามที่เห็นสมควร
๑๓. ผู้สมัครยินยอมปฏิบัติตามประกาศ ระเบียบข้อบังคับของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และธรรมนูญองค์การแพทย์และทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้สมัครที่ต้องรับทราบประกาศ ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๔. ผู้สมัครตกลงให้คณะฯ เป็นผู้ดำเนินการจัดเก็บรายได้จากค่าตรวจรักษาตามประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ว่าด้วยอัตราค่าบริการทันตกรรม และผู้สมัครยินยอมแบ่งส่วนหนึ่งของรายได้ค่าหัตถการทางทันตกรรมของตนเองให้แก่คณะฯ ในอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศคณะฯ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจัดสรรรายได้ในโครงการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) หรือในอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศคณะฯ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจัดสรรรายได้ในโครงการคลินิกอาจารย์ (Faculty Clinic)
๑๕. กำหนดให้ลงปฏิบัติงานได้ไม่เกิน ๑ คาบต่อสัปดาห์ และปฏิบัติงานได้สูงสุดคนละไม่เกิน ๕๒ คาบต่อปี โดยจะต้องลงปฏิบัติงานในสถานที่ที่เลือกไว้เท่านั้น หากผู้สมัครให้การักษาผู้ป่วยนอกเหนือจากสถานที่ที่เลือกไว้จะไม่ได้รับค่าตอบแทนของวันนั้นๆ ซึ่งการลงปฏิบัติงานดังกล่าวต้องเป็นช่วงวัน เวลาที่ไม่ตรงกับระบบการเรียนการสอน
๑๖. ผู้สมัครต้องจัดทำประกันวิชาชีพที่ครอบคลุมการให้บริการในโรงพยาบาลทันตกรรม สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยประกันดังกล่าวต้องมีผลบังคับใช้ในวันสมัคร และหากสิ้นสุดอายุความคุ้มครองในระหว่างปีงบประมาณ ผู้สมัครมีหน้าที่ต่ออายุและจัดส่งหลักฐานการต่ออายุประกันวิชาชีพให้แก่โรงพยาบาลทันตกรรม
๑๗. คำวินิจฉัยของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทันตกรรมถือเป็นที่สุด

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบ และยินยอมปฏิบัติตาม ประกาศ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวทางการพิจารณาและการดำเนินการ กรณีเกิดความเสียหายจากการให้บริการจากทันตแพทย์ แพทย์ ระบบค่าตอบแทน โรงพยาบาลทันตกรรม สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.๒๕๖๗



ลงชื่อ .....ผู้สมัคร  
(.....)

ความเห็น องค์กรแพทย์และทันตแพทย์	ความเห็น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม	ความเห็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม
ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัครแล้วมีความเห็นว่า ..... .....	<input type="checkbox"/> รับรอง <input type="checkbox"/> ไม่รับรอง	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
ลงชื่อ..... (.....) วตป.....	ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (.....) ..... วตป.....	ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม วตป.....