



ประกาศกรมแพทยทหารเรือ

เรื่อง รับสมัครนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุนเพื่อมาปฏิบัติงานในสังกัดกองทัพเรือ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

กรมแพทยทหารเรือ รับสมัครนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ เพื่อบรรจุเข้ารับราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตามหลักเกณฑ์การจัดสรรและแนวปฏิบัติสำหรับ นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญา คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็น นักศึกษาทันตแพทย์ ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๓/ว ๑๐๖๑๑ ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๖ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. บรรจุเป็นข้าราชการทหารชั้นสัญญาบัตรในตำแหน่งของ กองทันตสุขภาพ โรงพยาบาล อาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน ๒ อัตรา

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาชดใช้ทุน จะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๖ ซึ่งมีผู้ได้รับทุนที่มีข้อผูกพันตามสัญญาของหน่วยให้ทุน หรือโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่ม หรือโครงการใดๆ ที่กำหนดให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วต้องไปปฏิบัติงานกับหน่วยให้ทุนหรือโครงการฯ

๒.๒ เป็นผู้มีสัญชาติไทย

๒.๓ เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข

๒.๔ มีอวัยวะ รูปร่าง ลักษณะท่าทาง และขนาดของร่างกายเหมาะสมแก่การเป็นทหาร

๒.๕ ไม่เป็นผู้ที่มีร่างกายพิการ ทุพพลภาพ หรือมีโรคซึ่งไม่สามารถจะรับราชการทหารได้ ตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในกฎหมายว่าด้วยการรับราชการทหาร และมีสุขภาพจิตปกติ

๒.๖ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดีงาม

๒.๗ ไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว หรือเป็นบุคคลล้มละลายตามคำพิพากษาของศาล

๒.๘ ไม่เป็นผู้ที่เคยถูกให้ออกจากราชการ เพราะมีความผิดหรือมีมลทินหรือมัวหมอง

๒.๙ ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างพักราชการ

๒.๑๐ ไม่เป็นผู้ที่เคยต้องโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาลในคดีอาญา ยกเว้นความผิด ฐานประมาท หรือลหุโทษ

๒.๑๑ ไม่เป็นผู้เสพยาเสพติด หรือสารเคมีเสพติดให้โทษหรือมีประวัติคดีอาญาในข้อหา เกี่ยวกับยาเสพติด

๓. เอกสารประกอบการสมัคร

๓.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป

๓.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร บิดาและมารดาของผู้สมัคร คนละ ๑ ชุด หากมีการ เปลี่ยนชื่อ นามสกุล ให้แนบใบเปลี่ยนชื่อ หรือเปลี่ยนนามสกุล

๓.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร บิดาและมารดาของผู้สมัคร คนละ ๑ ชุด

๓.๔ หลักฐาน...

๓.๔ หลักฐานการรับราชการทหารของทันตแพทย์ชาย ได้แก่ สด.๘ หรือ สด.๔๓

๓.๕ ระเบียบแสดงผลการศึกษา (TRANSCRIPT) ตั้งแต่ชั้นปีที่ ๑ ถึงปัจจุบัน

๓.๖ หลักฐานการสอบประเมินความรู้ความสามารถเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม

๓.๗ จดหมายแนะนำจากอาจารย์ หรือผู้บริหาร (Recommendation Letters) จำนวน ๓ ฉบับ (ถ้ามี)

๓.๘ หลักฐานแสดงความสามารถพิเศษ อาทิ การใช้ภาษาอังกฤษ และอื่นๆ (ถ้ามี)

๔. ผู้มีความประสงค์สมัครให้ดำเนินการแสดงความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน โดยระบบออนไลน์ ตามที่คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์กำหนด และส่งใบสมัครตามแบบท้ายประกาศ พร้อมเอกสารประกอบการสมัคร ในข้อ ๓ ถึง กองกำลังพลกรมแพทย์ทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร โทร.๐ ๒๔๗๕ ๒๕๕๓ ในวันและเวลาปฏิบัติราชการ หรือส่งไปรษณีย์จำหน่าถึง หัวหน้ากองกำลังพล กองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น ๒ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : personnel.nmd@gmail.com ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗

๕. การคัดเลือก

๕.๑ เข้ารับการทดสอบสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗ (เลือก ๑ วัน) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. ที่ กองสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ถนนทางรถไฟสายเก่า เขตบางนา กรุงเทพฯ และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ โทร.๐ ๒๔๗๕ ๒๕๕๒ - ๕

๕.๒ ผู้มีผลทดสอบสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ในวันอังคารที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ที่ กองทันตสุขภาพ โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี โดยรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์จะแจ้งให้ทราบภายหลัง

๕.๓ เกณฑ์การคัดเลือกพิจารณาจากผู้มีสุขภาพจิตปกติ ผลการเรียนรู้ ลักษณะทางทหาร ความเป็นผู้นำ และทัศนคติที่มีต่อกองทัพเรือ

๖. ประกาศผลการคัดเลือก ภายในวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ณ กองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ และเว็บไซต์ www.nmd.go.th

ทั้งนี้ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ กองกำลังพล กรมแพทย์ทหารเรือ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๔๗๕ ๒๕๕๓ และ ๐ ๒๔๗๕ ๒๘๐๕ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖

พลเรือโท

(ณัฐ อิศรางกูร ณ อยุธยา)

เจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ

แบบใบสมัครของนักศึกษาทันตแพทย์จัดสรรخذเงินทุน

ประจำปี ๒๕๖๗

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ชื่อ นามสกุล บิดา.....

ชื่อ นามสกุล มารดา.....

สถาบัน.....ผลการเรียน(GPAX).....เรียน ร.ด.(เฉพาะชาย).....ปี

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....ไลน์ไอดี.....

E mail address.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

(.....)

...../...../.....

เอกสารที่แนบมาด้วย

๑. รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ ใบ

๒. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร บิดา และมารดา

๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร บิดา และมารดา

๔. หลักฐานการรับราชการทหาร เช่น สด.๘ สด.๔๓ (เฉพาะชาย)

๕. Transcript ปี ๑ - ๕

๖. หลักฐานการสอบประเมินและรับรองความรู้ฯ เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ทุกชั้นตอน

๗. Recommendation Letters จำนวน ๓ ฉบับ(ถ้ามี)

๘. หลักฐานแสดงความสามารถการใช้ภาษาฯ ความสามารถพิเศษ (ถ้ามี)

หมายเหตุ ประสงค์เข้ารับการทดสอบสุขภาพจิตในวันที่.....มกราคม ๒๕๖๗