



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เรื่อง ระเบียบการรับสมัครบุคคลเข้าฝึกอบรม
“หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ (หลักสูตร 1 ปี)” ประจำปีการศึกษา 2566

ด้วยคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะรับสมัครบุคคลเข้ารับการฝึกอบรม
“หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ (หลักสูตร 1 ปี)” ประจำปีการศึกษา 2566 ดังนี้

ระเบียบการรับสมัคร

1. กำหนดการต่าง ๆ

- 1.1 ขอใบสมัครด้วยตนเองที่
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2566
หรือดาวน์โหลดจาก <http://www.dent.chula.ac.th>
หรือทาง Google Form scan QR Code/Link : <https://bit.ly/3ka39jq>
- 1.2 ขึ้นใบสมัครด้วยตนเอง (ในวันและเวลาราชการ) วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2566
หรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน
- 1.3 ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์ในการสอบ และดูสถานที่สอบทางเว็บไซต์ วันพุธที่ 10 พฤษภาคม 2566
- 1.4 สอบข้อเขียน (ช่วงเช้า) วันพุธที่ 17 พฤษภาคม 2566
- 1.5 สอบสัมภาษณ์ (ช่วงบ่าย) วันพุธที่ 17 พฤษภาคม 2566
- 1.6 ประกาศผลสอบผู้มีสิทธิ์เข้าฝึกอบรม วันพุธที่ 31 พฤษภาคม 2566
- 1.7 รายงานตัว ลงทะเบียนเรียน มอบตัวและชำระเงิน วันพุธที่ 7 มิถุนายน 2566
- 1.8 เปิดการศึกษา วันพุธที่ 3 กรกฎาคม 2566

2. คุณสมบัติของผู้สมัคร

- 2.1 เป็นผู้สำเร็จการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6 หรือ เทียบเท่า) และมีคะแนนเฉลี่ย 2.00 ขึ้นไป
- 2.2 อายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ นับถึงวันปีรับสมัคร
- 2.3 สัญชาติไทย
- 2.4 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและจิตใจสมบูรณ์ ปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม
ไม่มีความพิการหรือผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือประกอบวิชาชีพได้
- 2.5 ไม่เคยต้องโทษในคดีอาญา และประพฤติดุฉิน้อยอย่างร้ายแรง เว้นแต่ความผิดที่ได้กระทำโดยความประมาทหรือ
ความผิดลหุโทษ

หมายเหตุ : - ผู้ที่มีคุณสมบัตินอกเหนือจากเกณฑ์ข้างต้น ให้เขียนบันทึกข้อความแนบท้ายซึ่งอาจได้รับการพิจารณาให้
เข้ารับการคัดเลือกเข้าศึกษาตามดุลยพินิจของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วย
ทันตแพทย์

- ถ้ามีการตั้งครรภ์ระหว่างฝึกอบรมต้องลาพักการศึกษา

3. การสมัคร

- 3.1 ใบสมัครสามารถดาวน์โหลดได้จาก <http://www.dent.chula.ac.th>
- 3.2 กรอกข้อมูลในใบสมัครให้ครบถ้วนสมบูรณ์
- 3.3 สมัครด้วยตนเอง หรือ ลงทะเบียนทางไปรษณีย์ หรือ ทาง Google Form scan QR Code



หรือผ่านทาง Link : <https://bit.ly/3ka39jq>

- 3.4 ถ้าสมัครทางไปรษณีย์ ต้องส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานต่าง ๆ ตามที่กำหนด (ข้อ4) ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 เมษายน 2566 (ให้ถือว่าวันที่ประทับตราไปรษณีย์ต้นทางเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนด จะไม่พิจารณาใบสมัคร) โดยลงทะเบียนทางไปรษณีย์ มาที่

สำนักงานโครงการฝึกอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์
อาคารสมเด็จย่า 93 ชั้น 12 ห้อง 1208
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4. หลักฐานประกอบการสมัคร

- 4.1 ใบสมัครประจำปีการศึกษา 2566 พร้อมกรอกรายละเอียดครบถ้วน
- 4.2 สำเนาใบโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย
- 4.3 ใบรับรองวุฒิการศึกษา
 - 4.3.1 สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว ใช้สำเนาประกาศนียบัตรวุฒิมัธยมศึกษา หรือ สำเนาใบแสดงผลการศึกษาที่แสดงว่าได้สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่า จำนวน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 4.3.2 สำหรับผู้กำลังรอผลการสอบมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่า ใช้หนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษา ระบุว่า จะสำเร็จการศึกษาในภาคปลาย ปีการศึกษา 2565 จำนวน 1 ชุด (มีใบแสดงผลการศึกษาระบุเกรดเฉลี่ยสะสม 5 ภาคการศึกษา)
- 4.4 สำเนาทะเบียนบ้าน (ลงนามรับรองความถูกต้องด้วยตนเองทุกฉบับ)
- 4.5 สำเนาบัตรประชาชน (ลงนามรับรองความถูกต้องด้วยตนเองทุกฉบับ)
- 4.6 รูปถ่ายสีหรือขาวดำหน้าตรง ไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือนก่อนวันสมัคร) พร้อมเขียนชื่อ-นามสกุล หลังรูป (ติดในใบสมัคร 1 รูป)
- 4.7 หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล ใบทะเบียนสมรส ฯลฯ

5. การชำระเงินค่าสมัคร

5.1 ถ้าสมัครด้วยตนเอง ให้ชำระเงินเป็นเงินสด (ห้อง 510 ชั้น 5 ตึกสมเด็จย่า คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| - ค่าสมัครสอบ | 200 บาท |
| - ค่าธรรมเนียมการสอบ | 300 บาท |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น | 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) |

หรือ

5.2 ถ้าสมัครลงทะเบียนทางไปรษณีย์ ให้ชำระเงิน จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) โดย โอนเงิน เข้า

บัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาสยามสแควร์ ประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี
“คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”
เลขที่บัญชี 052-0-05326-5 (โดยโอนเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารเท่านั้น)
*** ค่าธรรมเนียมธนาคารผู้สมัครเป็นผู้รับผิดชอบ ***

(ควรถ่ายสำเนาใบโอนเงินเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

หมายเหตุ ผู้สมัครที่ไม่มีสิทธิเข้าสอบหรือไม่เข้าสอบ เงินค่าสมัครและค่าธรรมเนียมการสอบ (ข้อ 5.1) คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะไม่คืนให้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

6. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ

วันพุธที่ 10 พฤษภาคม 2566 ตรวจสอบได้ที่ <http://www.dent.chula.ac.th> , บอร์ดติดประกาศที่โถงทางเดินหน้า ลิฟท์ ชั้น 1 ตึกสมเด็จย่า 93 และบอร์ดหน้าประชาสัมพันธ์ ชั้น 1 ตึกสมเด็จย่า 93

7. การสอบข้อเขียน

7.1 วันพุธที่ 17 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.30 น. - 12.00 น.

ห้องประชุมสี สิริสิงห ชั้น 2 อาคารสมเด็จย่า 93

7.2 วิชาที่สอบ

7.2.1 วิทยาศาสตร์กายภาพชีวภาพ

7.2.2 ภาษาอังกฤษ

7.2.3 ความรู้ทั่วไป (วิทยาศาสตร์สุขภาพ ความรู้เบื้องต้นทางทันตกรรม ภาษาไทย-คณิตศาสตร์ในชีวิตประจำวัน)

8. ข้อปฏิบัติในการสอบข้อเขียน

8.1 แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร/เอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายและเลขประจำตัว 13 หลักต่อคณะกรรมการคุมห้องสอบ

8.2 เข้าห้องสอบให้ตรงตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด ไม่นอานุญาตให้ผู้สอบเข้าห้องสอบหลังจากเวลาที่กำหนดเริ่มสอบผ่านไป 15 นาที และไม่นอานุญาตให้ออกจากห้องสอบภายใน 1 ชั่วโมง นับจากเวลาที่กำหนดสอบ

8.3 ต้องแต่งกายด้วยเครื่องแบบนักเรียนหรือเครื่องแบบนักศึกษาหรือแต่งกายสุภาพ ห้ามสวมรองเท้าแตะ

8.4 เตรียมเครื่องเขียน ดินสอ 2B ยางลบ ที่เหลาดินสอ ปากกา น้ำยาลบคำผิด มาให้พร้อม

8.5 ห้ามนำกระดาษใดๆ วิทยุคมนาคม วิทยุติดตามตัว เครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ ตลอดจนอุปกรณ์ช่วยคิดคำนวณ เช่น เครื่องคิดเลข นาฬิกาที่ใช้คำนวณได้ ไม้บรรทัดที่มีสูตรต่างๆ และ ฯลฯ เข้าห้องสอบโดยเด็ดขาด ถ้าฝ่าฝืนจะไม่ตรวจกระดาษคำตอบในรายวิชานั้น

8.6 ห้ามคัดลอกข้อสอบหรือกระดาษข้อสอบและกระดาษคำตอบออกนอกห้องสอบ

8.7 หากพบว่าผู้เข้าสอบทุจริตไม่ว่ากรณีใด ๆ คณะกรรมการคุมสอบคัดเลือกจะตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกของผู้นั้นตลอดไป

9. การสอบสัมภาษณ์

9.1 **วันพุธที่ 17 พฤษภาคม 2566** เวลา 13.00 น. - 16.00 น.

ห้องเรียน 709 ,710 , 711 ,713 ,714 ,717 ,718 ,719 ,720 ชั้น 7 อาคารทันตแพทยศาสตร์เฉลิมนวมราช 80

9.2 แสดงบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตร/เอกสารอื่นใดที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายและเลขประจำตัว 13 หลักต่อคณะกรรมการคุมห้องสอบสัมภาษณ์ ถ้าไม่มีบัตรดังกล่าวจะไม่มีสิทธิ์เข้าห้องสอบสัมภาษณ์

10. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าฝึกอบรม

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าฝึกอบรม **วันพุธที่ 31 พฤษภาคม 2566**

ตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://www.dent.chula.ac.th> ,บอร์ดติดประกาศที่โถงทางเดินหน้าลิฟท์ ชั้น 1 ดึกสมเด็ยยา 93 และบอร์ดหน้าประชาสัมพันธ์ ชั้น 1 ดึกสมเด็ยยา 93

11. การรายงานตัว และลงทะเบียนเรียน

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ประจำปีการศึกษา 2566 รายงานตัว และลงทะเบียน

วันพุธที่ 7 มิถุนายน 2566 เวลา 09.00 น. - 12.00 น. ห้องประชุมสมเด็จพระญาณสังวร ชั้น 19

ตึกบรมนาถศรีนครินทร์ และให้ปฏิบัติดังนี้

11.1 ประชุมผู้ปกครอง (ห้องประชุมสมเด็จพระญาณสังวร)

11.2 ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีหนังสือแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการจากผู้ปกครองแท้จริง พร้อมสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน (ลงนามรับรองความถูกต้องด้วยตนเองทุกฉบับ)

11.3 นักเรียนนำประกาศนียบัตร หรือ ระเบียบผลการศึกษาที่แสดงว่าได้สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือเทียบเท่าฉบับจริง พร้อมสำเนา 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

11.4 นำใบรับรองแพทย์ และผลการเอ็กซเรย์ปอดแสดงกับกรรมการผู้รับรายงานตัว

12. จำนวนรับเข้าฝึกอบรม

อย่างน้อย 25 คน

13. ค่าธรรมเนียมการศึกษา

13.1 ค่าธรรมเนียมการศึกษา 40,000 บาท (พร้อมเครื่องแบบเครื่องแต่งกาย,เอกสารประกอบการเรียน,อื่นๆ)

13.2 ค่าค้ำประกันของเสียหาย 2,000 บาท (เงินค้ำประกันของเสียหายจะคืนให้เมื่อจบการศึกษา และไม่ได้ทำของเสียหาย)

หมายเหตุ : ในกรณีที่นักเรียนทำของเสียหาย มูลค่าเกิน 2,000 บาท นักเรียนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าของเสียหายในส่วนที่เกิน

รวมทั้งสิ้น 42,000 บาท

15. สถิติการ

ผู้ที่ผ่านการสอบคัดเลือกให้เข้าอบรมในหลักสูตรฯ มีสิทธิ์ได้รับการรักษาทางทันตกรรมเบื้องต้น (อุดฟัน, ถอนฟัน ขูดหินปูน) ตรวจเลือดและฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประกันอุบัติเหตุ และสามารถปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษ (นอกเวลาราชการ) เป็นรายได้เสริม

16. หลักสูตรการศึกษา

- 16.1 หลักสูตรฝึกอบรมฯ นี้ได้รับการรับรองจากทันตแพทยสภา
- 16.2 ระยะเวลาในการฝึกอบรม ตั้งแต่วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2567
- 16.3 ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมครบหลักสูตร 1 ปี จะได้รับวุฒิการศึกษา “ประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์” จากทันตแพทยสภา ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 16.4 แนะนำหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์



หรือผ่านทาง Link : <https://bit.ly/39xKN3J>

17. วันและเวลาเรียน

วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) เวลา 08.00 น. - 16.00 น.

18. เครื่องแบบชุดนักเรียน

นักเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์ ต้องแต่งกายตามแบบที่หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำหนดและต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด

19. การติดต่อสอบถาม

สำนักงานหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ชั้น 12 ห้อง 1208 อาคารสมเด็จพระเจ้า 93 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

1. นางอาริยา จันทร์ขจร โทรศัพท์ 02-218-8762 (ในเวลาราชการ)
2. นางสาวอารีรัตน์ เทศขำ โทรศัพท์ 02-218-8858 (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ อย่าหลงเชื่อผู้ที่แอบอ้างว่า สามารถฝากเข้ารับการฝึกอบรมได้ โดยเรียกจ่ายค่าใช้จ่าขนอกเหนือจากที่ประกาศไว้ ถ้าพบหลักฐานจะถูกตัดสิทธิ์การเข้าฝึกอบรม ส่วนผู้ที่แอบอ้างจะถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย และคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะไม่รับผิดชอบไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 30 มกราคม 2566

(ศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์)
คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ติครูบถ่าย
1 นิ้ว

ที่ใบสมัครเลขที่

ใบสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

“ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ (หลักสูตร 1 ปี) ”

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประจำปีการศึกษา 2566

1. ประวัติผู้สมัคร

- 1.1 ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล
- 1.2 สัญชาติ ศาสนา
- 1.3 เกิดวันที่เดือน พ.ศ.อายุปีเดือน (นับถึงวันปีรับสมัคร)
- 1.4 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- 1.5 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่ตรอก/ซอย
- ถนนตำบล/แขวง อำเภอ
- จังหวัดรหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- โทรศัพท์มือถือ (ถ้ามี)

2. หลักฐานการศึกษา

กำลังศึกษาอยู่ในระดับ

- มัธยมศึกษาปีที่ 6 ปวช. อื่นๆ (ระบุ).....
- ปวส. ปริญญาตรี

จากโรงเรียน/สถาบันการศึกษา

3. ความสามารถพิเศษ

4. ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่ง ระยะเวลา

สถานที่ อำเภอ จังหวัด

5. ระบุชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้ กรณีมีเหตุฉุกเฉิน

เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

6. รับทราบข่าวประกาศการรับสมัครจาก.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ข้าพเจ้าแสดงในเอกสารใบสมัครพร้อมทั้งหลักฐานประกอบการสมัคร
เป็นจริง และถูกต้อง

สำหรับเจ้าหน้าที่

- ครบ ไม่ครบ

..... ผู้ตรวจสอบ

หลักฐาน

ลงชื่อ

(.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

ยื่นใบสมัครวันที่เดือนพ.ศ.