



ประกาศ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง กำหนดการสอบสัมภาษณ์และทดสอบความถนัดทางทันตแพทยศาสตร์
การคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
(รอบที่ 3 รับตรงร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กสพท.)

ปีการศึกษา 2565

(ฉบับที่ 1)

ตามที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการรับสมัครสอบคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ (รอบที่ 3 รับตรงร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กสพท.) ปีการศึกษา 2565 นั้น คณะทันตแพทยศาสตร์ แจ้งประกาศกำหนดวันเวลา ในการสอบสัมภาษณ์และทดสอบความถนัดทางทันตแพทยศาสตร์ สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือก คือ วันจันทร์ที่ 30 พฤษภาคม 2565 ณ อาคารทันตแพทยศาสตร์เฉลิมนวมราช 80 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รายละเอียดดังนี้

เวลา	กิจกรรม	สถานที่
7.30 น. - 8.00 น.	นักเรียนผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ รายงานตัว ตรวจสอบเอกสารและหลักฐาน (ดูรายละเอียดเอกสารที่แนบท้ายประกาศ)	ห้อง 508 ชั้น 5
9.00 - 12.00 น.	สอบสัมภาษณ์ และ ทดสอบความถนัดทางทันตแพทยศาสตร์	ห้อง 821-822 ชั้น 8 ตึกพรีคลินิก ชั้น 3

ประกาศ ณ วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

(ศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศ

รายละเอียดการรายงานตัวแสดงเอกสารหลักฐานต่างๆ รวมทั้งผลการตรวจร่างกาย

1. ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ทำการตรวจร่างกายและเอกซเรย์ปอด ตรวจตาบอดสี ก่อนวันที่สอบสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน และนำผลการตรวจมาแสดงในวันจันทร์ที่ 30 พฤษภาคม 2565 โดยผลการตรวจ ร่างกาย เอกซเรย์ปอด และตรวจตาบอดสี ต้องแสดงว่าผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ มีสุขภาพสมบูรณ์ดี ปราศจากโรค หรือ ความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ตามรายละเอียดในเอกสารคุณสมบัติของผู้สมัคร
2. เอกสารและหลักฐานประกอบการสัมภาษณ์ที่ต้องแสดง ได้แก่
 - 2.1 บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
 - 2.2 ใบรับรองผลการศึกษา ซึ่งสถานศึกษาออกให้ พร้อมประทับตราโรงเรียนฉบับจริง และสำเนาพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ใบปพ.1)
 - 2.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริงพร้อมสำเนา และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 2.4 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะในกรณีที่ชื่อสกุลในเอกสารการสมัครไม่ตรงกัน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
 - 2.5 ผลการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ปอด และตาบอดสี (ตามแบบฟอร์มแนบ)
 - 2.6 แสดงผลการตรวจ ATK ภายใน 24 ชั่วโมง

คุณสมบัติเฉพาะสำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ต้องมีคุณสมบัติที่จะเข้ารับราชการได้ หลังจากจบการศึกษาแล้ว

1. ก่อนเข้าศึกษาต้องสามารถทำสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาทันตแพทยศาสตร์ และหนังสือแสดงความยินยอม ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ จะดำเนินการจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์เข้าทำงานหรือรับราชการสนองความต้องการของประเทศชาติ โดยต้องทำงานเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี ติดต่อกัน
2. เป็นผู้ที่มีความประพฤติดีและรับรองต่อมหาวิทยาลัยได้ว่าจะตั้งใจศึกษาเล่าเรียนอย่างเต็มความสามารถและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยที่มีอยู่แล้วหรือที่จะมีต่อไปโดยเคร่งครัดทุกประการ

3. ต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปราศจากโรค อาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ดังต่อไปนี้
 - 3.1 มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น เช่น โรคจิต (psychotic disorders) โรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorders) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) ชนิด antisocial personality disorders หรือ borderline personality disorders รวมถึงปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
 - 3.2 เป็นโรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองต่อผู้ป่วย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
 - 3.3 เป็นโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
 - 3.3.1 โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้ว อย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)
 - 3.3.2 โรคติดเชื้อเรื้อรัง
 - 3.4 ความพิการทางร่างกายหรือข้อบกพร่องอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม เช่น ตาบอด เป็นใบ้ หรือหูหนวกทั้งสองข้าง ความผิดปกติของการใช้มือในการทำหัตถการ จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการทำงาน หรือภาวะพิการอื่นใด ซึ่งมีได้ระบุไว้ในระเบียบนี้ ที่คณะกรรมการสอบคัดเลือกฯ เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
 - 3.5 มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (sensorineural hearing loss) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
 - 3.6 มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40 ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

3.7 มีภาวะตาบอดสีระดับรุนแรง หรือ ภาวะตาพร่องสีระดับรุนแรง โดยมีผลการตรวจ FRANSWORTH D 15 hue test มีเส้นตัดขวางมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เส้น (ตามแนวทางการตรวจตาบอดสีของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

3.8 โรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

โรคหรือความพิการอื่นๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ที่คณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้คณะกรรมการทันตแพทยศาสตร์อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจบางรายเพิ่มเติมได้

หมายเหตุ : ในวันสอบสัมภาษณ์ให้นักเรียนใส่ชุดนักเรียน ในกรณีถ้าเป็นนิสิต/นักศึกษา ปี 1 ใส่ชุดนักศึกษา

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่

เลขที่.....

ส่วนที่1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

สถานที่อยู่ (สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน -

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่สถานพยาบาลชื่อ.....

ที่อยู่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดสารเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคลมชักไม่สามารถควบคุมได้
- (4) ความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง
- (5) ความผิดปกติในการเห็นภาพ
- (6) ภาวะตาบอดสีระดับรุนแรง
- (7) อื่นๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น