



ประกาศ

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง กำหนดการสอบสัมภาษณ์และทดสอบความถนัดทางทันตแพทยศาสตร์

การคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

(รอบที่ 1 แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) รอบ 2 โควตา (Quota) และ

รอบที่ 3 รับตรงร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กสพท.)

ปีการศึกษา 2567

ตามที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการรับสมัครสอบคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ (รอบที่ 1 แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) รอบ 2 โควตา (Quota) และรอบที่ 3 รับตรงร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย กสพท.) ปีการศึกษา 2567 นั้น คณะทันตแพทยศาสตร์ ขอแจ้งประกาศกำหนดวัน เวลา ในการสอบสัมภาษณ์ และทดสอบความถนัดทางทันตแพทยศาสตร์ สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือก ในวันศุกร์ที่ 31 พฤษภาคม 2567 ณ อาคารทันตแพทยศาสตร์เฉลิมนวมราช 80 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

| เวลา | กิจกรรม | สถานที่ |
|---------------------|--|---|
| 07.30 น. | นักเรียนผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ รายงานตัวตรวจสอบเอกสารและหลักฐาน (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายประกาศ) | ห้อง 509 ชั้น 5 อาคารทันตแพทยศาสตร์เฉลิมนวมราช 80 |
| 09.00 – 12.00 น. | สอบสัมภาษณ์ และ ทดสอบความถนัดทางทันตแพทยศาสตร์ | ห้อง 821 - 822 ชั้น 8 อาคารทันตแพทยศาสตร์เฉลิมนวมราช 80 และห้องปฏิบัติการ ชั้น 3 อาคารพรีคลินิก |

ประกาศ ณ วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

(ศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พรชัย จันศิษย์ยานนท์)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศ

รายละเอียดการรายงานตัวแสดงเอกสารหลักฐานต่างๆ รวมทั้งผลการตรวจร่างกาย

1. ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ทำการตรวจร่างกายและเอกซเรย์ปอด ตรวจตาบอดสี ก่อนวันที่สอบสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน และนำผลการตรวจมาแสดง **ในวันศุกร์ที่ 31 พฤษภาคม 2567** โดยผลการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ปอด และตรวจตาบอดสี ต้องแสดงว่าผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ มีสุขภาพสมบูรณ์ดี ปราศจากโรค หรือ ความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ตามรายละเอียดในเอกสารคุณสมบัติของผู้สมัคร
2. เอกสารและหลักฐานประกอบการสัมภาษณ์ที่ต้องแสดง ได้แก่
 - 2.1 บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนา และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 2.2 ใบรับรองผลการศึกษา ซึ่งสถานศึกษาออกให้ พร้อมประทับตราโรงเรียนฉบับจริง และสำเนาพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 2.3 ทะเบียนบ้านฉบับจริงพร้อมสำเนา และลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 2.4 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะในกรณีที่ชื่อสกุลในเอกสารการสมัครไม่ตรงกัน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
 - 2.5 ผลการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ปอด และตาบอดสี (ตามแบบฟอร์มที่แนบท้าย)

คุณสมบัติเฉพาะสำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ต้องมีคุณสมบัติที่จะเข้าปฏิบัติงานในส่วนราชการ/หน่วยงานของรัฐ หลังจากสำเร็จการศึกษาแล้ว
2. ก่อนเข้าศึกษาจะต้องทำสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาทันตแพทยศาสตร์และหนังสือแสดงความยินยอม ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์จะดำเนินการจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์เข้าทำงานหรือรับราชการสนองความต้องการของประเทศชาติ โดยต้องทำงานเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี ติดต่อกัน
3. เป็นผู้ที่มีความประพฤติดีและรับรองต่อมหาวิทยาลัยได้ว่าจะตั้งใจศึกษาเล่าเรียนอย่างเต็มความสามารถและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยที่มีอยู่แล้วหรือที่จะมีต่อไป โดยเคร่งครัดทุกประการ
4. ต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปราศจากโรค อาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ดังต่อไปนี้
 - 4.1 มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น เช่น โรคจิต (psychotic disorders) โรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorders) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) ชนิด antisocial personality disorders หรือ borderline personality disorders รวมถึงปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาการปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

- 4.2 เป็นโรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองต่อผู้ป่วย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
- 4.3 เป็นโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองต่อผู้ป่วย และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
 - 4.3.1 โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้ว อย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)
 - 4.3.2 โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 4.4 ความพิการทางร่างกายหรือข้อบกพร่องอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม เช่น ตาบอด เป็นใบ้ หรือหูหนวกทั้งสองข้าง ความผิดปกติของการใช้มือในการทำหัตถการ จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการทำงาน หรือภาวะพิการอื่นใด ซึ่งมีได้ระบุไว้ในระเบียบนี้ ที่คณะกรรมการสอบคัดเลือกฯ เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- 4.5 มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (sensorineural hearing loss) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
- 4.6 มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40 ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
- 4.7 มีภาวะตาบอดสีระดับรุนแรง หรือ ภาวะตาพร่องสีระดับรุนแรง โดยมีผลการตรวจ FRANSWORTH D 15 hue test มีเส้นตัดขวางมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เส้น (ตามแนวทางการตรวจตาบอดสีของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
- 4.8 โรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

โรคหรือความพิการอื่นๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ที่คณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้คุณสมบัติคณะทันตแพทยศาสตร์อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจบางรายเพิ่มเติมได้

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 ไม่ปรากฏอาการของการติดเชื้อเสียดให้โทษ 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