ประกาศคณะกรรมการสอบคัดเลือก
เรื่อง รับสมัครบุคคลเพื่อบรรจุเข้าปฏิบัติงาน

ด้วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ประสงค์จะรับสมัครบุคคลจากทหารผ่านศึก ครอบครัวทหารผ่านศึก ทหารนอกประจำการ หรือบุคคลทั่วไป เพื่อทำการสอบคัดเลือกบรรจุเข้าปฏิบัติงานในตำแหน่ง พนักงานผู้ช่วยทันตแพทย์ กองทันตกรรม โรงพยาบาลทหารผ่านศึก วุฒิประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น ๑ หรือประกาศนียบัตรวิชาผดุงครรภ์และอนามัย จำนวน ๑ อัตรา โดยผู้สมัครสอบต้องมีคุณวุฒิและคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. อัตราเงินเดือน ตามบัญชีแนบท้ายประกาศ

๒. มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามข้อบังคับสภาทหารผ่านศึก ว่าด้วยพนักงานองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก พ.ศ.๒๕๖๕ ดังต่อไปนี้

๒.๑ มีสัญชาติไทย

๒.๒ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์

๒.๓ เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

๒.๔ ไม่เป็นผู้ไร้ความสามารถ จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หรือมีโรคอันพึงรังเกียจ

๒.๕ ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดี

๒.๖ ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๒.๗ ไม่เป็นผู้ที่เคยถูกสั่งให้ออกจากงานโดยมีความผิดหรือบกพร่อง

๒.๘ ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักงาน

๒.๙ ไม่เป็นผู้ที่เคยถูกจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ หรือความผิดที่มีบทกำหนดโทษชั้นลหุโทษ

ทั้งนี้ ผู้สมัครสอบจะต้องมีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ (นับถึงวันจันทร์ที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘) สำหรับผู้สมัครสอบที่เป็นเพศชายต้องพ้นพันธะทางราชการทหารแล้ว

๓. ผู้สมัครสอบที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าที่กำหนดไว้ในประกาศรับสมัคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก จะไม่ปรับอัตราเงินเดือนตามวุฒิให้

๔. เอกสารและหลักฐานที่ต้องยื่นในวันสมัคร

๔.๑ สำเนาหลักฐานการศึกษาวุฒิประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ๑ ฉบับ
หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข)
หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพผู้ช่วยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น ๑
หรือประกาศนียบัตรวิชาผดุงครรภ์และอนามัย
หรือมัธยมศึกษาตอนปลายและมีประสบการณ์ด้านงานผู้ช่วยทันตแพทย์
มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๔.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
๔.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
๔.๔ ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน และต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ๑ ฉบับ
๔.๕ ภาพถ่ายขนาด ๒ นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๓ เดือน) ๒ ภาพ
๔.๖ สำเนาหลักฐานการพ้นพันธะทางราชการทหาร ๑ ฉบับ
๔.๗ สำเนาหลักฐานการเป็นทหารผ่านศึก ครอบครัวทหารผ่านศึก และทหารนอกประจำการ
๔.๘ สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อตัว - ชื่อสกุล, ใบสำคัญการสมรส ฯลฯ เป็นต้น

๕. วิชาที่สอบและคะแนนสอบ
๕.๑ วิชาเฉพาะตำแหน่ง ๒๐๐ คะแนน
๕.๒ วิชาความรู้ทั่วไป ๑๐๐ คะแนน
- พระราชบัญญัติองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก พ.ศ.๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- ข้อบังคับสภาทหารผ่านศึก ว่าด้วยพนักงานองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก พ.ศ.๒๕๖๕
- ความรู้ทั่วไป
๕.๓ สัมภาษณ์ ๕๐ คะแนน

ผู้เข้าสอบต้องทำคะแนนวิชาเฉพาะตำแหน่งให้ได้ร้อยละ ๖๐ (๑๒๐ คะแนน ไม่รวมคะแนนเพิ่ม) จึงจะถือว่าสอบผ่าน และต้องเข้าสอบทุกวิชา โดยต้องทำคะแนนรวมให้ได้ร้อยละ ๕๐ (๑๗๕ คะแนน ไม่รวมคะแนนเพิ่ม) ทั้งนี้ เมื่อรวมคะแนนเพิ่มผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละตำแหน่งเป็นผู้สอบได้ หากมีคะแนนรวมเท่ากันให้พิจารณาคะแนนวิชาเฉพาะตำแหน่ง, คะแนนวิชาความรู้ทั่วไป และคะแนนสัมภาษณ์ตามลำดับ ผู้ใดมีคะแนนสูงกว่าถือว่าผู้นั้นสอบได้

๖. ทหารผ่านศึก ครอบครัวทหารผ่านศึก และทหารนอกประจำการ จะได้รับคะแนนเพิ่มตามระเบียบองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเพิ่มคะแนนสอบคัดเลือกแก่ทหารผ่านศึก ครอบครัวทหารผ่านศึก และทหารนอกประจำการ พ.ศ.๒๕๖๐

๗. ผู้สนใจสมัครสอบ สามารถดำเนินการได้ ๒ ช่องทาง โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการสมัคร ดังนี้

๗.๑ ดาวน์โหลดใบสมัครทางเว็บไซต์ www.thaiveterans.mod.go.th/ข่าวรับสมัครงาน/ และส่งใบสมัครสอบพร้อมแนบไฟล์เอกสารการสมัครทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ไปที่ hr.vgh456@gmail.com และทางไปรษณีย์ไปที่ แผนกบุคคล กองกลาง โรงพยาบาลทหารผ่านศึก (สมัครสอบ) เลขที่ ๑๒๓ ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐ โดยสามารถสมัครได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันจันทร์ที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ไม่เว้นวันหยุดราชการ

๗.๒ สมัครได้ที่ แผนกบุคคล กองกลาง โรงพยาบาลทหารผ่านศึก เลขที่ ๑๒๓ ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร โทร ๐ ๒๖๔๔ ๙๔๐๐ ต่อ ๑๐๖๑๗ - ๑๘ โดยสามารถสมัครได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันจันทร์ที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ

๘. ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกได้ที่ แผนกบุคคล กองกลาง โรงพยาบาลทหารผ่านศึก หรือทาง www.thaiveterans.mod.go.th/ข่าวรับสมัครงาน/ ในวันพุธที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๘

๙. กำหนดการสอบคัดเลือก ดังนี้

๙.๑ สอบวิชาเฉพาะตำแหน่ง และความรู้ทั่วไป ในวันจันทร์ที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๘

๙.๒ สอบสัมภาษณ์ ในวันอังคารที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๘

สำหรับเวลาและสถานที่ดำเนินการสอบคัดเลือกจะแจ้งให้ทราบต่อไป

จึงประกาศให้ทราบทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นางชนกนาถ โอสถานนท์)
ผู้อำนวยการกองทันตกรรม โรงพยาบาลทหารผ่านศึก/
ประธานกรรรมการ

บัญชีอัตราเงินเดือน

ตามประกาศองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

๑. วุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (หลักสูตรต่อจากประกาศนียบัตรวิชาชีพ) ได้รับอัตราเงินเดือน เดือนละ ๑๒,๘๑๐ บาท

๒. วุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (หลักสูตรต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลาย) ได้รับอัตราเงินเดือน เดือนละ ๑๒,๐๙๐ บาท

๓. วุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพ ได้รับอัตราเงินเดือน เดือนละ ๑๐,๕๔๐ บาท

๔. วุฒิประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตร ๑ ปี

- (หลักสูตรต่อจากมัธยมศึกษาตอนต้น) ได้รับอัตราเงินเดือน เดือนละ ๙,๗๔๐ บาท

และเงินเพิ่มการครองชีพชั่วคราว เดือนละ ๒๖๐ บาท

- (หลักสูตรต่อจากมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ) ได้รับอัตราเงินเดือน เดือนละ ๑๐,๕๔๐ บาท

๕. วุฒิมัธยมศึกษาตอนต้น หรือมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้รับอัตราเงินเดือน เดือนละ ๙,๗๔๐ บาท

และเงินเพิ่มการครองชีพชั่วคราว เดือนละ ๒๖๐ บาท

ทั้งนี้ ผู้สมัครสอบที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าที่กำหนดไว้ในประกาศรับสมัคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก จะไม่ปรับอัตราค่าจ้างตามวุฒิให้

รับรองถูกต้อง

(นางชนกนาถ โอสถานนท์)

ผู้อำนวยการกองทันตกรรม โรงพยาบาลทหารผ่านศึก/

ประธานกรรมการ

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

ใบสมัครเข้าทำงานในองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

ข้าพเจ้า (ยศ,นาม).....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ .....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ .....หมายเลขโทรศัพท์.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เกิดบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด .....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เพศ.....สูง.....ซ.ม.

น้ำหนัก.....กก. โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่

ชื่อคู่สมรส.....ผู้อยู่ในความอุปการะ.....คน มีบุตร.....คน

มีพี่น้อง.....คน ชื่อบิดา.....มารดา.....

บ้านเป็นของตนเอง เช่า อาศัย หรือเช่าซื้อ มีความสัมพันธ์.....

ขอสมัครเข้าทำงานในองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในตำแหน่ง.....

แผนก.....กอง.....ฝ่าย.....

ข้าพเจ้ามีวุฒิการศึกษาและความรู้ความสามารถ ดังนี้

ชื่อโรงเรียน,วิทยาลัย หรือ มหาวิทยาลัย	สำเร็จการศึกษา ปี พ.ศ.	ได้รับปริญญา หรือ ประกาศนียบัตร	สาขาวิชา	ระยะเวลา ศึกษา

ความรู้ภาษาต่างประเทศ คือ.....

ความรู้ความสามารถอย่างอื่น.....

เคยทำงานในองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกมาก่อนหรือไม่ ถ้าเคยทำที่ใด.....

แผนก.....กอง .....ฝ่าย.....

ขณะนี้ยังเป็นข้าราชการ หรือทำงานที่ใด (ผู้สมัคร).....

เงินเดือน.....บาท

(โปรดพลิกด้านหลัง)

ข้าพเจ้าเคยประกอบอาชีพต่างๆ ดังต่อไปนี้

ตั้งแต่ พ.ศ. ถึง พ.ศ.	ตำแหน่ง	เงินเดือน	ชื่อผู้บังคับบัญชา	สถานที่	เหตุที่ออก

เข้ารับราชการทหารหรือถูกเกณฑ์ทหารเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....เครื่องหมาย.....หน่วยที่เข้ารับราชการ.....
.....ยศทางทหาร .....ไม่ถูกเกณฑ์เพราะเหตุใด.....
เป็นทหารผ่านศึกหรือครอบครัวทหารผ่านศึกหรือไม่.....บัตรชั้นที่.....เลขที่.....
วันออกบัตร.....อุปสมบทครั้งแรกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....
ที่วัด.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้ถูกพักราชการ หรือพักงาน หรืออยู่ในระหว่างต้องหาคดีอาญาอันมิใช่ความผิดฐานลหุโทษ หรือความผิดอันได้กระทำโดยประมาท ไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว หรือเป็นผู้ล้มละลาย ไม่เป็นผู้ถูกไล่ออก หรือปลดออกจากราชการ หรือถูกไล่ออก หรือให้ออก หรือเลิกจ้างเพราะมีความผิด ไม่เคยต้องโทษจำคุก โดยคำพิพากษาให้จำคุกในคดีถึงที่สุด เว้นแต่ความผิดฐานลหุโทษ หรือความผิดอันกระทำโดยประมาท

ข้อความที่ข้าพเจ้าได้กล่าวมาข้างต้น ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการหากองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกได้ตรวจพบว่ามีข้อความใดอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายอมให้ปลดหรือให้ออกได้ แล้วแต่จะพิจารณาเห็นเป็นการสมควร

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร

(.....)

ยื่นใบสมัคร วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ประวัติ – ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สมัคร

ตามที่ข้าพเจ้า (ยศ,นาม).....
สมัครขอเข้าทำงานในองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก นั้น ข้าพเจ้าขอแจ้งประวัติ – ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า และครอบครัว ดังนี้

๑. ข้าพเจ้ามีโรคประจำตัวป่วยหรือเคยป่วยเป็น.....
.....
เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๑.๑.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษา**ตัว** มีกำหนด.....วัน

๑.๒.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษา**ตัว** มีกำหนด.....วัน

๑.๓.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๒. ข้าพเจ้า มีคู่สมรส ชื่อ.....อายุ.....ปี มีโรคประจำตัวป่วยหรือเคยป่วยเป็น.....
เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๒.๑.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๒.๒.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๒.๓.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

ทั้งนี้ คู่สมรสของข้าพเจ้าสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใดหรือไม่.....
.....

๓. ข้าพเจ้า มีบุตร จำนวน.....คน

๓.๑ คนที่ ๑ ชื่อ.....อายุ.....ปี มีโรคประจำตัว ป่วยหรือเคยป่วยเป็น.....

เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๓.๑.๑.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๑.๒.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๑.๓.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๒ คนที่ ๒ ชื่อ.....อายุ.....ปี มีโรคประจำตัว ป่วยหรือเคยป่วยเป็น.....

เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๓.๒.๑.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๒.๒.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๒.๓.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๓ คนที่ ๓ ชื่อ.....อายุ.....ปี มีโรคประจำตัว ป่วยหรือเคยป่วยเป็น.....

เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๓.๓.๑.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๓.๒.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๓.๓.๓.....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๔. บิดาของข้าพเจ้า ชื่อ.....อายุ.....ปี มีโรคประจำตัว
ป่วยหรือเคยป่วยเป็น.....
เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๔.๑ .....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๔.๒ .....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๔.๓ .....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

ทั้งนี้ บิดาของข้าพเจ้าสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใดหรือไม่.....
.....

๕. มารดาของข้าพเจ้า ชื่อ.....อายุ.....ปี มีโรคประจำตัว
ป่วยหรือเคยป่วยเป็น.....
เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ดังนี้

๕.๑ .....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๕.๒ .....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

๕.๓ .....แพทย์มีความเห็นว่าป่วยเป็น
.....ต้องพักรักษาตัว มีกำหนด.....วัน

ทั้งนี้ มารดาของข้าพเจ้าสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากที่ใดหรือไม่.....
.....

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าประวัติ – ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าและครอบครัว ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และหากตรวจพบว่ามีข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดความจริงก่อให้เกิดความเสียหายต่อองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกแล้ว ข้าพเจ้ายอมให้ปลด หรือ ให้ออกได้แล้วแต่จะพิจารณาเห็นเป็นการสมควร

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....