

๒. รายงานข้อมูลความต้องการนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์
ส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ ภายในวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๘
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป สำหรับอำเภอให้แจ้งเทศบาลตำบล
และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ทราบและดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายประเดิม เดชายนต์บัญชา)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดตาก

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น
โทร. ๐- ๕๕๕๑-๑๑๔๑

ศาลากลางจังหวัดตาก
เลขรับ 14206
วันที่ ๒๒ ก.ค. ๒๕๖๘
เวลา.....



สถจ.ตาก
เลขที่รับ 6109
รับที่ ๒ ก.ค. ๒๕๖๘
เวลา.....

การปฏิบัติ ของ สถจ.ตาก
 ส.บ. ก.บ.บ.
 ก.จ.ส. ก.จ.บ.
 ก.จ.ก. ก.จ.บ.ป
ลงชื่อ.....ผู้สั่งการ
วันที่ ๒๒ ก.ค. ๒๕๖๘

ที่ มท ๐๘๐๙.๓/ว ๓๑๓๐

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘

การปฏิบัติการ ของ ก.บ.บ.
วันที่รับ ๒๓ ก.ค. ๒๕๖๘
ลงชื่อ.....ผู้สั่งการ
ส่งให้.....เป็นผู้รับผิดชอบ

เรื่อง สำรองความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๓ /ว ๔๙๓๓

ลงวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ชุด

๒. แบบสำรวจความต้องการทันตแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

จำนวน ๑ ชุด

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้รับแจ้งจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่า คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ ขอให้สำรวจความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ของส่วนราชการ/หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ซึ่งส่วนราชการ/หน่วยงาน ต้องมีอัตราว่าง และมีตำแหน่งที่สามารถบรรจุทันตแพทย์ที่จะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๘ และปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ภายในวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๘

ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ขอความอนุเคราะห์จังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องการทันตแพทย์ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ดำเนินการ ดังนี้

๑. บันทึกข้อมูลความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ตามแบบที่กำหนด พร้อมทั้งส่งเป็นไฟล์ Excel และจัดทำข้อมูลรายละเอียดคุณสมบัติเฉพาะ (ถ้ามี) เช่น เกรดเฉลี่ยสะสม ระดับความรู้ด้านภาษาต่างประเทศ ฯลฯ สำหรับนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่มีสิทธิ์เข้าแสดงความจำนองเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในตำแหน่งที่ขอรับจัดสรร และข้อมูลรายละเอียดตำแหน่ง ประเภทการจ้างงาน เงินเดือน ความก้าวหน้า ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ/หรือ ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบไฟล์เอกสาร หรือ Infographic จำนวน ๑ แผ่น (one page) เพื่อประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ทราบ และประกอบการพิจารณาในการแสดงความจำนองเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญาฯ โดยส่งข้อมูลกลับไปยังกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ dentreimburse@gmail.com ภายในวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒. รายงานข้อมูลความต้องการนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์
ส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ ภายในวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๘
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายธนนท์ พรพืภาส)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น
กลุ่มงานส่งเสริมการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น
โทร. ๐ ๒๒๕๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๑๒๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

ผู้ประสานงาน นางสาวสุรัตน์ รัตนภัทรนันท์ โทร. ๐๖ ๕๓๑๖ ๗๕๙๖

10/10/2022

| |
|------------------------------|
| กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น |
| เลขรับ..... 49359 |
| วันที่ - 4 ก.ค. 2568 |
| เวลา..... |



ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๓/ว ๔๙๓๗

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ กรกฎาคม ๒๕๖๘

พิจารณารับบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

เรื่อง สำรองความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ที่ 14869

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

วันที่ - ๙ ก.ค. ๒๕๖๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรองความต้องการทันตแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์
ขอให้สำรองความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ของส่วนราชการ/หน่วยงานต่าง ๆ
เพื่อใช้ประกอบการจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๘
ซึ่งส่วนราชการ/หน่วยงาน ต้องมีอัตราว่าง และมีตำแหน่งที่สามารถบรรจุทันตแพทย์ที่จะสำเร็จการศึกษา
ในปีการศึกษา ๒๕๖๘ และปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ภายในวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๘

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้ทุกส่วนราชการ/หน่วยงานในสังกัดของท่าน
ที่มีความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ดำเนินการ ดังนี้

๑. บันทึกข้อมูลความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๘ ของส่วนราชการ/หน่วยงานในสังกัด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย พร้อมทั้งส่งเป็นไฟล์ Excel

๒. จัดทำข้อมูลรายละเอียดคุณสมบัติเฉพาะ (ถ้ามี) เช่น เกรดเฉลี่ยสะสม ระดับความรู้
ด้านภาษาต่างประเทศ ฯลฯ สำหรับนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่มีสิทธิ์เข้าแสดงความจำนงเลือกสถานที่
ปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในตำแหน่งที่ขอรับจัดสรร และข้อมูลรายละเอียดตำแหน่ง ประเภทการจ้างงาน
เงินเดือน ความก้าวหน้า ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ/หรือ ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบไฟล์เอกสาร
หรือ Infographic จำนวน ๑ แผ่น (one page) เพื่อประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ทราบ
และประกอบการพิจารณาในการแสดงความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญาฯ โดยส่งข้อมูลกลับไปยัง
กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่
dentreimburse@gmail.com ภายในวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรรเสริญ นามพรหม)
ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| |
|---|
| กลุ่มงานส่งเสริมการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น |
| เลขที่รับ..... 9092 |
| วันที่..... 15 ก.ค. 2568 |
| เวลา..... |



https://moph.cc/mgfp๗Pc-๗
กองบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๒๘๓๖
โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๓๔๖

15 ก.ค. 68

แบบสำรวจความต้องการทัศนแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

1. ชื่อส่วนราชการ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....

2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่น ๆ)/ส่วนราชการ/หน่วยงาน

| ลำดับ | ภาควิชา/สาขา/หน่วยกอง/หน่วยสำหรับกอง/ฝ่าย | จังหวัด | ประเภทตำแหน่ง (โปรดระบุ) เช่น ข้าราชการ พนักงาน องค์การของรัฐ พนักงาน มหาวิทยาลัย อื่นๆ ระบุ | ชื่อตำแหน่ง | ตำแหน่งเลขที่ | อัตราเงินเดือน | ความต้องการจำนวน (อัตรา) |
|-------|---|---------|---|-------------|---------------|----------------|-----------------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| | | | รวมทั้งสิ้น | | | | |

3. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีบัณฑิตศึกษา ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานการจัดสรร/คัดเลือกฯ

3.1 ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย).....

เบอร์มือถือ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

Email : LINE ID

3.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงาน/ส่วนราชการ

หมายเหตุ

๑. นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาที่จะเข้าสู่กระบวนการแสดงความจำนงและเข้ารับการคัดเลือกเพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษาและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ในระหว่างการคัดเลือก รอบที่ ๑ และ ๒ นักศึกษาทันตแพทย์ยังไม่สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตและยังไม่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

๒. ระยะเวลาในการดำเนินการคัดเลือกโดยปกติประมาณ ๓๐ วันทำการ และส่งผลการคัดเลือกให้ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ ภายใน ๕ วันทำการ

๓. ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ จะดำเนินการตรวจสอบ และแจ้งคุณสมบัติให้นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่ผ่านการคัดเลือกให้ส่วนราชการ/หน่วยงานทราบ ภายในช่วงเดือนพฤษภาคม นักศึกษาทันตแพทย์ที่มีคุณสมบัติครบคือ สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมจึงสามารถไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกได้

กรณีส่วนราชการ/หน่วยงาน ได้คัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่มีคุณสมบัติไม่ครบฝ่ายเลขานุการฯ จะแจ้งถอนรายชื่อส่งคืนคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ เพื่อดำเนินการต่อไป

ช่องทางการติดต่อสื่อสาร



ไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบหน่วยงานคัดเลือกทันตแพทย์ผู้สำัญญาฯ

*** รบกวนผู้รับผิดชอบแอดไลน์ด้วยนะคะ

เพื่อใช้เป็นช่องทางการติดต่อระหว่างหน่วยงาน