



ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบสัมภาษณ์เพื่อบรรจุเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์

ตาม ประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อบรรจุเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ ตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล สังกัดหน่วยคัดกรองและฉุกเฉินทางการแพทย์ งานสนับสนุนการบริการและทรัพยากร โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จำนวน ๑ อัตรา นั้น

บัดนี้ การรับสมัครได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ รายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	กำหนดการสอบ
๑	นางสาวเมทินี เรืองประทุม	➤ การสอบสัมภาษณ์ วันพฤหัสบดี ที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๑๒.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุม B๐๗ ชั้น ๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๕๐ พรรษา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร)
๒	นายทัศนพล สัมฤทธิ์	

หมายเหตุ : ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ทุกท่านทำแบบประเมินวัดคุณลักษณะฯ โดยเข้าระบบรับสมัครงานออนไลน์ (E-Recruitment) เลือกเมนู “งานที่สมัคร” เลือกปุ่ม “แบบประเมินวัดคุณลักษณะ” ภายในวันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อบรรจุเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ที่แนบมาพร้อมนี้อย่างเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ทันตแพทย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ)

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

แนวปฏิบัติการสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อบรรจุเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คณะทันตแพทยศาสตร์ จึงขอให้ผู้มีสิทธิสอบคัดเลือกปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อบรรจุเป็นลูกจ้างชั่วคราวเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

๑. ตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

๑.๑ ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือก ทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ที่บ้าน หรือที่พักอาศัย ล่วงหน้าก่อนเวลาเข้าสอบคัดเลือก ๒๔ ชั่วโมง

๑.๒ ผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือก รายงานผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) เป็นภาพถ่ายคู่กับบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมระบุวันที่/เดือน/ปี ที่ตรวจคัดกรอง



ตัวอย่างการถ่ายภาพผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

๒. แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

๒.๑ ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือก ทำแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) คณะทันตแพทยศาสตร์ ผ่านระบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) คณะทันตแพทยศาสตร์ ที่ <http://dtapp.dt.mahidol.ac.th/dticonline/> หรือตาม QR Code ด้านล่างนี้



ระบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงตนเองต่อ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

๒.๒ ผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือก บันทึกรายงานแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ที่เสร็จเรียบร้อยแล้ว ดังตัวอย่าง

Faculty of Dentistry, Mahidol University
http://dapp.dl.mahidol.ac.th

แบบคัดกรองนี้สามารถใช้ได้ ภายในวันที่ 19-20 เมษายน 2563 เท่านั้น

สำหรับผู้ป่วย

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับการคัดกรองออนไลน์
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่ทำแบบคัดกรอง : 19 เมษายน 2563 เวลา 11:38 น.

ข้อมูลส่วนตัว : ชื่อ - ██████████

คำชี้แจง กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อให้ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงที่ถูกต้องและคำแนะนำที่เหมาะสม

ลำดับ	ชื่อรายการประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
1	ภายใน 10 วันที่ผ่านมา ท่านมีประวัติเหล่านี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.1	สัมผัส หรืออยู่ ใกล้ชิดผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2	เดินทางไปยัง หรือมาจากต่างประเทศ ไม่ผ่านการกักตัว ในสถานกักกันตามที่รัฐบาลกำหนด	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.3	มีประวัติเกี่ยวข้องกับบริเวณที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นกลุ่มก้อน (Cluster)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.4	เดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัย ในพื้นที่ที่เกิด โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.5	มีประวัติเกี่ยวข้องกับ ไป ในสถานที่ ที่มีผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	ภายใน 10 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.1	มีไข้ หรือรู้สึกมีไข้	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2	ไอ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.3	น้ำมูก	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	เจ็บคอ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.6	จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7	ลิ้นไม่รู้สึก หรือรับรสน้อยลง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.8	ตาแดง	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9	ผื่น	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.10	ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	ภายใน 20 วันที่ผ่านมา ท่านมีประวัติเหล่านี้หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.1	มีประวัติป่วยด้วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) และรักษาหายแล้ว แต่ไม่เกิน 20 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ผลการคัดกรองความเสี่ยง

ตามประวัติ ท่านไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง

* การคัดกรองออนไลน์เป็นเพียงการคัดกรองเบื้องต้นเท่านั้น ท่านจะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเพิ่มเติมอีกครั้งจากเจ้าหน้าที่ก่อนเข้ารับบริการ ซึ่งหากพบว่าท่านมีประวัติเสี่ยง อื่น ๆ ทางโรงพยาบาลขออนุญาตเลื่อนนัดไปก่อน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลนี้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ :

(.....)

หากปกติ มีโทษตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรา 34(1) มีอำนาจหน้าที่เป็น มีเหตุผลถือว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) / ผู้สัมผัสมารับการตรวจ การขึ้นสูตร แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต ผู้มีไข้ มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

หมายเหตุ การเข้ารับบริการทางทันตกรรม ในสถานการณ่แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SAR-CoV-2)

ตัวอย่างแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

๓. วิธีการรายงานผลการตรวจคัดกรอง

๓.๑ ผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือก ต้องรายงานผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ตามข้อที่ ๑ และผลแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ตามข้อที่ ๒ โดยการ Upload ผลการตรวจคัดกรอง ผ่าน Google Form ที่ <https://forms.gle/djVKJkC6aMGqGgda8> หรือตาม QR Code ด้านล่างนี้ ภายใน เวลา ๐๘.๐๐ น. ของวันสอบคัดเลือก



แบบรายงานผลตรวจAntigen Test Kit (ATK) และแบบประเมินคัดกรอง
ความเสี่ยงตนเองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) -19)

๓.๒ หากผู้เข้ารับการสอบคัดเลือก ไม่ส่งรายงานผลการคัดกรองดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์การเข้ารับการสอบคัดเลือก และไม่อนุญาตให้เข้ารับการสอบคัดเลือก