

แบบสอบถามความต้องการแพทย์ ปีงบประมาณ 2550

1. ชื่อส่วนราชการ/(ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....

2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2550

2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่น ๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย (ฝ่าย/ภาควิชา/สาขาวิชา/ อื่น ๆ)	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่น ๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
รวม									

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่น ๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย (กอง/กลุ่ม/ฝ่าย/แผนก/ อื่น ๆ)	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่น ๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
รวม									

2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมิใช่หน่วยงานทางการศึกษา, ให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย (กอง/กลุ่ม/ฝ่าย/แผนก/ อื่นๆ)	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่น ๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
รวม									

3. รายละเอียดของส่วนราชการหรือหน่วยงานย่อยที่ส่งงานไว้เพื่อบรรรณักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา ฯ ที่ขอรับจัดสรร

โรงพยาบาล/สถานบริการที่ เรียกชื่ออย่างอื่น	จำนวนแพทย์ ทั้งหมดของ รพ.	จำนวนเตียง	จำนวนผู้รับบริการ ในแต่ละปี	อัตราแพทย์ ต่อผู้รับบริการ
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				

ภาควิชา/แผนกวิชา/อื่น ๆ	จำนวนอาจารย์				หมายเหตุ
	MD	Non.Md	อาจารย์เกษียณ	อื่น ๆ	
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					

4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่น ๆ แก่นักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา ฯ ระดับแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้หรือไม่

- ไม่มี
- มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)

5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2549

ชื่อผู้รับทุน	สถานศึกษา	หน่วยงานและระยะเวลาที่ต้องปฏิบัติงานตามสัญญา



6. โปรดระบุลักษณะงานทางการแพทย์ของแต่ละหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล) โดยย่อ ตามลำดับความสำคัญ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. ข้อมูลลักษณะงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญา ฯ เข้าปฏิบัติงาน (โปรดระบุรายละเอียด) (ใช้ตัวพิมพ์)

ชื่อตำแหน่ง	ลักษณะงาน	คุณสมบัติของผู้สมัคร/ หลักฐานประกอบการสมัคร	หลักเกณฑ์และ วิธีการคัดเลือก

8. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษา ฯ ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ  
หน่วยงานการจัดสรร/คัดเลือก ฯ

8.1 ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน(กรม/กอง/ฝ่าย)..... โทรศัพท์/โทรสาร.....  
 เบอร์มือถือ.....

8.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงานส่วนราชการ

.....

.....

แบบสอบถามความต้องการทันตแพทย์ ปีงบประมาณ 2550

1. ชื่อส่วนราชการ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า) .....

2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการในปีงบประมาณ 2550

2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่น ๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย (ฝ่าย/ภาควิชา/สาขาวิชา/ อื่นๆ)	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่น ๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
รวม									

2.2 หน่วยงานการให้บริการ (โรงพยาบาล/อื่น ๆ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย (กอง/กลุ่ม/ฝ่าย/แผนก/ อื่นๆ)	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่น ๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
รวม									

## 2.3 หน่วยงานประเภทอื่น (ซึ่งมิใช่หน่วยงานทางการศึกษา, ให้บริการ).....

ชื่อหน่วยงานย่อย (กอง/กลุ่ม/ฝ่าย/แผนก/ อื่น ๆ)	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	เลขที่ ตำแหน่ง	อัตรา เงินเดือน	จำนวน
		ขรก.	พนักงาน องค์การ ของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่น ๆ (ระบุ)				
1)									
2)									
3)									
4)									
รวม									

3. ส่วนราชการ/หน่วยงานแห่งนี้มีผู้ดำรงตำแหน่งทันตแพทยศาสตรบัณฑิตในขณะนี้ จำนวน ..... ตำแหน่ง
4. ส่วนราชการ/หน่วยงานนี้ให้ทุนการศึกษาหรือทุนอื่น ๆ แก่นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา ฯ ระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศ โดยมีข้อผูกพันว่าจะต้องกลับมารับราชการในส่วนราชการหรือหน่วยงานนี้หรือไม่

- ไม่มี
- มี (โปรดระบุชื่อผู้รับทุนในข้อ 5)

5. รายชื่อผู้รับทุนที่จะได้รับปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ในปีการศึกษา 2549

ชื่อผู้รับทุน	สถานศึกษา	หน่วยงานและระยะเวลาที่ ต้องปฏิบัติงานตามสัญญา



6. โปรดระบุลักษณะงานทางทันตกรรมของส่วนราชการ/หน่วยงานนี้โดยย่อ ตามลำดับความสำคัญ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. ข้อมูลลักษณะงานและหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา ฯ เข้าปฏิบัติงาน (โปรดระบุรายละเอียด) (ใช้ตัวพิมพ์)

ชื่อตำแหน่ง	ลักษณะงาน	คุณสมบัติของผู้สมัคร/ หลักฐานประกอบการสมัคร	หลักเกณฑ์และ วิธีการคัดเลือก

8. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ Website กรณีนักศึกษา ฯ ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานการจัดสรร/คัดเลือก

8.1 ชื่อ-สกุล .....ตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน(กรม/กอง/ฝ่าย).....โทรศัพท์/โทรสาร.....  
 เบอร์มือถือ.....

8.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงาน/ส่วนราชการ  
 .....

.....

.....

.....