



ประกาศสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาเป็นผู้เรียนในระบบคลังหน่วยกิต
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง
(กลุ่มเครือข่ายที่มีการลงนามความร่วมมือทางวิชาการ)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา 2568

ด้วยสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดเปิดรับสมัครบุคคลเพื่อเข้าศึกษาในระบบคลังหน่วยกิตหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง (กลุ่มเครือข่ายที่มีการลงนามความร่วมมือทางวิชาการ) ประจำปีการศึกษา 2568

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2533 ประกอบกับคำสั่งสภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 11/2565 เรื่อง แต่งตั้งคณบดี และผู้อำนวยการ ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2565 สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

1. จำนวนรับเข้าศึกษา

จำนวน 3 คน

2. คุณสมบัติผู้สมัคร

2.1 เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย

2.2 อายุไม่น้อยกว่า 17 ปีบริบูรณ์ นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร

2.3 สำเร็จการศึกษาจากสถาบันที่มีการลงนามความร่วมมือทางวิชาการ

2.4 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยด้านทันตกรรม (Dental Assistant)

- กรณีที่สำเร็จการศึกษา ไม่นเกิน 5 ปี (นับถึงวันรับสมัคร) ไม่ต้องมีหนังสือ

รับรองการปฏิบัติงาน

- กรณีที่สำเร็จการศึกษา เกิน 5 ปี (วันอนุมัติจบการศึกษา ก่อนวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2563) ผู้สมัครต้องมีหนังสือรับรองการปฏิบัติงานต่อเนื่องในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี จากโรงพยาบาลต้นสังกัดหรือคลินิกเอกชน

2.5 มีคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ในหลักสูตรผู้ช่วยด้านทันตกรรม (Dental Assistant) ไม่นต่ำกว่า 2.00

2.6 ผู้สมัครต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและปราศจากโรคอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

2.7 ไม่เป็นผู้ต้องโทษทางคดีอาญาและประพฤตินิสัยอย่างร้ายแรง

ทั้งนี้ ผู้สมัครต้องตรวจสอบคุณสมบัติผู้สมัคร ตามที่สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ กำหนดให้เรียบร้อยก่อน หากปรากฏในภายหลังว่าผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้เป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารปลอม ผู้สมัครจะถูกเพิกถอนสิทธิ์

ในการรับการคัดเลือกครั้งนี้ แม้ว่าผู้สมัครจะได้สมัครหรือได้ผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม นอกจากนี้ผู้สมัครยังอาจถูกดำเนินคดีอาญาตามกฎหมายอีกด้วย

3. การสมัครเข้าศึกษา ดำเนินการสมัคร ที่เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/> ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการสมัคร

3.1.1 รับสมัคร ระหว่างวันศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน - วันอังคารที่ 25 พฤศจิกายน 2568 ภายในเวลา 23.00 น.

3.1.2 บันทึกข้อมูลการสมัครและตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนยืนยันการสมัคร

3.1.3 Upload file เอกสารประกอบการสมัครเป็น file PDF เท่านั้น โดยรวมเอกสารประกอบการสมัครเป็นจำนวน 1 ไฟล์ ขนาดไม่เกิน 2.50 MB

3.2 เอกสารประกอบการสมัคร

3.2.1 ใบสมัคร (เอกสารแนบ 1)

3.2.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ

3.2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.2.4 ใบแสดงผลการเรียนตามหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

3.2.5 ใบแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะกรณี ชื่อ-สกุล ในบัตรประชาชนไม่ตรงกับใบแสดงผลการศึกษาเรียน)

3.2.6 สำเนาทะเบียนสมรส/สำเนาทะเบียนการหย่า (ถ้ามี)

เอกสารข้อที่ 3.2.1 - 3.2.6 ต้องรับรองสำเนาถูกต้อง ทุกหน้า หรือ ทุกฉบับ และเรียงลำดับตามข้อ 3.2

3.3 การ Upload file เอกสารประกอบการสมัคร

3.3.1 Upload file เอกสารประกอบการสมัคร ระหว่างวันศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน - วันอังคารที่ 25 พฤศจิกายน 2568 ภายในเวลา 23.00 น. เป็น file PDF เท่านั้น โดยรวมเอกสารประกอบการสมัครเป็นจำนวน 1 ไฟล์

3.3.2 การตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร จะตรวจสอบหลังจากปิดรับสมัคร ทั้งนี้ หากเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่สำนักศึกษากำหนด จะได้รับการติดต่อกลับจากสำนักศึกษาในภายหลัง

อนึ่ง หากปรากฏในภายหลังว่าผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหากตรวจพบว่าข้อมูลหรือเอกสารที่ใช้ในการสมัครและการคัดเลือกเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และหากได้รับการคัดเลือกเป็นผู้เรียนแล้ว สำนักศึกษาจะถอนสถานภาพการเป็นผู้เรียนทันที

4. การคัดเลือก

4.1 ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาจากคุณสมบัติของผู้สมัคร ตามข้อ 2

4.2 ขั้นตอนที่ 2 การสอบคัดเลือก

4.2.1 สำนักวิชาจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน สอบปฏิบัติ และสอบสัมภาษณ์ ในวันจันทร์ที่ 8 ธันวาคม 2568 ที่เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/> โดยคิดเป็นคะแนนร้อยละ 100 และกำหนดการดังนี้

- 4.2.1.1 ความรู้พื้นฐานวิชาชีพผู้ช่วยทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 20
4.2.1.2 สอบปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 50
4.2.1.3 สอบสัมภาษณ์ คิดเป็นร้อยละ 30

วันที่	กิจกรรม	สถานที่
วันศุกร์ที่ 19 ธันวาคม 2568	สอบข้อเขียน เวลา 09.00 - 10.00 น.	อาคารเรียนรวม 2 (B5104) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	สอบปฏิบัติ และสอบสัมภาษณ์ (MMI) เวลา 11.00 - 13.00 น.	

หมายเหตุ ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบดำเนินการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารแนบ 2) และนำมายื่นในวันสอบ กรณีที่ไม่ได้นำเอกสารการตรวจร่างกายมายื่นในวันสอบ สามารถนำมายื่นเพิ่มเติมภายในวันที่ 29 ธันวาคม 2568

5. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษา

สำนักวิชาประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษา ในวันศุกร์ที่ 16 มกราคม 2569 ที่ <http://sutgateway.sut.ac.th/>

6. กำหนดการ

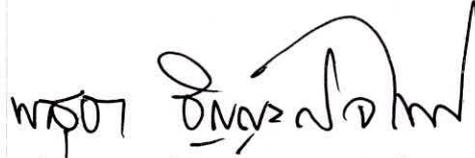
ลำดับที่	วัน/เดือน/ปี	รายการ
1	วันศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน - วันอังคารที่ 25 พฤศจิกายน 2568 (ภายในเวลา 23.00 น.)	1. ดำเนินการสมัครผ่านเว็บไซต์ http://sutgateway.sut.ac.th และผู้สมัครต้องตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้องก่อนยืนยันการสมัคร 2. ผู้สมัคร Upload File เอกสารประกอบการสมัคร
2	วันจันทร์ที่ 8 ธันวาคม 2568	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน สอบปฏิบัติ และสอบสัมภาษณ์
3	วันศุกร์ที่ 19 ธันวาคม 2568	สอบข้อเขียน สอบปฏิบัติ และสอบสัมภาษณ์
4	วันศุกร์ที่ 16 มกราคม 2569	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษาทางเว็บไซต์ http://sutgateway.sut.ac.th

7. ติดต่อขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

- สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ โทรศัพท์ 0-4422-3581
- ศูนย์สุขภาพช่องปาก
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทรศัพท์ 0-4437-6555 ต่อ 6403
- Facebook สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ DENTSUT

กรณีเกิดปัญหาจากการดำเนินการตามประกาศนี้ หรือประกาศนี้ไม่ได้กำหนดเรื่องใดไว้ ให้คณะกรรมการดำเนินการรับสมัครหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568



(ศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พสุธา ชาญวงษ์ไพศาล)

คณบดีสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์



ลำดับเลขที่สมัคร.....

ใบสมัครผู้เข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง
(กลุ่มเครือข่ายที่มีลงนามความร่วมมือทางวิชาการ)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

๑. ข้าพเจ้า..... นามสกุล..... อายุ.....ปี.....เพศ.....
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
สถานภาพ สมรส โสด หม้าย หย่า
สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
ภูมิลำเนา (ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้ทันทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงต้องแจ้งที่อยู่ใหม่ให้หลักสูตรฯทราบโดยด่วน)
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
๒. ชื่อบิดา..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
(ที่อยู่ติดต่อได้) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
๓. ชื่อมารดา..... นามสกุล..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
(ที่อยู่ติดต่อได้) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
๔. สถานภาพบิดามารดา อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่า
๕. ชื่อผู้ปกครองตามกฎหมาย (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
อายุ.....ปี อาชีพ.....
(ที่อยู่ติดต่อได้) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
๖. ประวัติการศึกษา
๖.๑ กำลังศึกษาอยู่ในระดับ
 ปวส. ชื่อสถานศึกษา..... จบปีการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....
 ปริญญาตรี ชื่อสถานศึกษา..... จบปีการศึกษา..... เกรดเฉลี่ย.....

๖.๒ สำเร็จการศึกษา

- มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....
- หลักสูตรผู้ช่วยด้านทันตกรรม (Dental Assistant)
ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....
- ปวช. ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....
- ปวส. ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....
- ปริญญาตรี ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

๗. ความสามารถพิเศษ

.....
.....

๘. ประวัติการทำงาน

๘.๑. ประสบการณ์การทำงาน

๘.๑.๑ สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ.....

กรณีที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า ๒ แห่ง ให้เขียนรายละเอียดเพิ่มเติมลงด้านหลังของใบสมัครแผ่นนี้

๘.๒. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ภาควิชา / คลินิก / โรงพยาบาล/อื่น ๆ.....
กรม.....กระทรวง.....
เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๙. โรคประจำตัว

๑๐. ยารักษาโรคที่รับประทานเป็นประจำ.....

๑๑. ท่านเคยป่วยหนักและเป็นโรคติดต่อร้ายแรงมาก่อนหรือไม่ เคย ไม่เคย

ถ้าเคยโปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และอนุญาตให้ใช้และเผยแพร่ข้อมูลในการดำเนินงานรับสมัครของหลักสูตรฯทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
ว/ด/ป.....



รายงานการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง
(กลุ่มเครือข่ายที่มีลงนามความร่วมมือทางวิชาการ)
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2568

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง (กลุ่มเครือข่ายที่มีลงนามความร่วมมือทางวิชาการ) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ให้ไปรับการตรวจร่างกายและถ่ายเอกซเรย์จาก โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลเอกชน โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจ กรอกผลการตรวจและลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจและให้นำเอกสารชุดนี้ (รวม 3 หน้า) ส่งที่สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ข้อมูลส่วนตัว 1 (ผู้สมัครเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)

1.1 ประวัติส่วนตัว

ชื่อ -สกุล เลขบัตรประชาชน

วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี จังหวัดที่เกิด

สถานที่ตรวจสุขภาพ จังหวัด

สถานที่ทดสอบสุขภาพจิต จังหวัด

1.2 ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยทาเครื่องหมาย ลงใน ว่าผู้สมัคร มี หรือ ไม่มีโรค รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ ดังต่อไปนี้ พร้อมระบุรายละเอียด (ถ้ามี)

มี	ไม่มี	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ลมชัก
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตาบอดสี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สายตาไม่ปกติ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เป็นไข้ พุดไม่ชัด ติดอ่าง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคตีชาน ตับอักเสบ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและรับทราบว่าการนี้มีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีตัดสินสิทธิ์การเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยฯ

ลงชื่อ (ผู้สมัคร)
วันที่

ข้อมูลส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

2.1 การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. อุณหภูมิ องศาเซลเซียส
ชีพจร ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต mm Hg
ความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงานวิชาชีพทันตกรรม

ระบบ	ปกติ	ผิดปกติ	รายละเอียด
ตา			
หู คอ จมูก			
ผิวหนัง			
ทางเดินหายใจ			
หัวใจและหลอดเลือด			
ทางเดินอาหาร			
ประสาท			

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
(.....) วันที่
และโปรดประทับตราโรงพยาบาลกำกับ

2.2 การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

การแปลผล

ปกติ

ผิดปกติ

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
(.....) วันที่
และโปรดประทับตราโรงพยาบาลกำกับ

