



ประกาศสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์  
เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาเป็นผู้เรียนในระบบคลังหน่วยกิต  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง  
(กลุ่มเครือข่ายที่มีการลงนามความร่วมมือทางวิชาการ)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา 2569

ด้วยสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำหนดเปิดรับสมัครบุคคลเพื่อเข้าศึกษาในระบบคลังหน่วยกิตหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง (กลุ่มเครือข่ายที่มีการลงนามความร่วมมือทางวิชาการ) ประจำปีการศึกษา 2569

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. 2564) 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 ผู้สมัครจะถูกเพิกถอนสิทธิ์ในการรับการคัดเลือกครั้งนี้ แม้ว่าผู้สมัครจะได้สมัครหรือได้ผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม นอกจากนี้ผู้สมัครยังอาจถูกดำเนินคดีอาญาตามกฎหมายอีกด้วย

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

#### 3.1 ขั้นตอนการสมัคร

3.1.1 รับสมัคร ระหว่างวันจันทร์ที่ 23 กุมภาพันธ์ – วันศุกร์ที่ 17 เมษายน 2569 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 หรือดาวน์โหลดใน เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/>

3.2.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ยังไม่หมดอายุ

3.2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.2.4 ใบแสดงผลการเรียนตามหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

3.2.5 ใบแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (เฉพาะกรณี ชื่อ-สกุล ในบัตรประชาชน ไม่ตรงกับใบแสดงผลการศึกษาเรียน)

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 ระหว่างวันจันทร์ที่ 23 กุมภาพันธ์ – วันศุกร์ที่ 17 เมษายน 2569 ภายในเวลา 23.00 น. เป็น file PDF เท่านั้น โดยรวมเอกสารประกอบการสมัครเป็นจำนวน 1 ไฟล์

3.3.2 การตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัคร จะตรวจสอบหลังจากปิดรับสมัคร ทั้งนี้ หากเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่สำนักวิชากำหนด จะได้รับการติดต่อกลับจากสำนักวิชาในภายหลัง

อนึ่ง หากปรากฏในภายหลังว่าผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหากตรวจพบว่าข้อมูลหรือเอกสารที่ใช้ในการสมัครและการคัดเลือกเป็นเท็จ จะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และหากได้รับการคัดเลือกเป็นผู้เรียนแล้ว สำนักวิชาจะถอนสถานภาพการเป็นผู้เรียนทันที

#### 4. การคัดเลือก

4.1 ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาจากคุณสมบัติของผู้สมัคร ตามข้อ 2

4.2 ขั้นตอนที่ 2 การสอบคัดเลือก

4.2.1 สำนักวิชาจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน สอบปฏิบัติ วันศุกร์ที่ 1 พฤษภาคม 2569 ที่เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/> โดยดำเนินการสอบข้อเขียนใน วันศุกร์ที่ 15 พฤษภาคม 2569 โดยรายวิชาสอบ โดยคิดเป็นคะแนนร้อยละ 70 มีรายวิชาสอบข้อเขียน 1 รายวิชา

ความรู้พื้นฐานวิชาชีพผู้ช่วยทันตแพทย์ คิดเป็นคะแนนร้อยละ 20 และสอบปฏิบัติ คิดเป็นคะแนนร้อยละ 50 กำหนดการดังนี้

4.2.1.1 ความรู้พื้นฐานวิชาชีพผู้ช่วยทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 20

4.2.1.2 สอบปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 50

วันที่	กิจกรรม	สถานที่
วันศุกร์ที่ 15 พฤษภาคม 2569	สอบข้อเขียน เวลา 09.00 - 11.00 น.	อาคารเรียนรวม 2 (5104) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	สอบปฏิบัติ เวลา 13.00 - 16.00 น.	

4.2.2 ขั้นตอนที่ 3 การสอบสัมภาษณ์ คิดเป็นร้อยละ 30 โดยพิจารณาผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์จากคะแนนการสอบข้อเขียน

4.3.1 สำนักวิชาจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ในวันศุกร์ที่ 22 พฤษภาคม 2569 ที่เว็บไซต์ <http://sutgateway.sut.ac.th/> โดยมีกำหนดการดังนี้

วันที่	กิจกรรม	สถานที่
วันศุกร์ที่ 29 พฤษภาคม 2569	สอบสัมภาษณ์ เวลา 09.00 - 12.00 น.	อาคารเรียนรวม 2 (5104) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

หมายเหตุ ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ดำเนินการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารแนบ 2) และนำมายื่นในวันสอบสัมภาษณ์

## 5. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษา

สำนักวิชาประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษา ในวันอังคารที่ 9 มิถุนายน 2569 ที่ <http://sutgateway.sut.ac.th/>

## 6. กำหนดการ

ลำดับที่	วัน/เดือน/ปี	รายการ
1	วันจันทร์ที่ 23 กุมภาพันธ์ - วันศุกร์ที่ 17 เมษายน 2569 (ภายในเวลา 23.00 น.)	1. ดำเนินการสมัครผ่านเว็บไซต์ <a href="http://sutgateway.sut.ac.th">http://sutgateway.sut.ac.th</a> และผู้สมัครต้องตรวจสอบ ข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้องก่อนยืนยันการสมัคร 2. ผู้สมัคร Upload File เอกสารประกอบการสมัคร
2	วันอังคารที่ 1 พฤษภาคม 2569	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน
3	วันศุกร์ที่ 15 พฤษภาคม 2569	สอบข้อเขียนและสอบปฏิบัติ
4	วันศุกร์ที่ 22 พฤษภาคม 2569	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์
5	วันศุกร์ที่ 29 พฤษภาคม 2569	สอบสัมภาษณ์
6	วันอังคารที่ 9 มิถุนายน 2569	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้เรียนเข้าศึกษา ทาง เว็บไซต์ <a href="http://sutgateway.sut.ac.th">http://sutgateway.sut.ac.th</a>

7. ติดต่อขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

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

กรณีเกิดปัญหาจากการดำเนินการตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการรับสมัคร  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
เป็นผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ **23** กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569



(อาจารย์ ดร.สุภัทรญาณ ทองจิตร)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์



ลำดับเลขที่สมัคร.....

ตีตรูปถ่าย  
ขนาด ๑ นิ้ว

ใบสมัครผู้เข้าศึกษา

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง  
(กลุ่มเครือข่ายที่มีผลงานความร่วมมือทางวิชาการ)  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

๑. ข้าพเจ้า..... นามสกุล..... อายุ.....ปี .....เพศ.....  
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. ปวส.ปริญญาตรี

ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

ชื่อสถานศึกษา.....ปีการศึกษา.....เกรดเฉลี่ยสะสม.....

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.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ และอนุญาตให้ใช้และเผยแพร่ข้อมูลในการดำเนินงานรับสมัครของหลักสูตรฯ ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ว/ด/ป.....

หนังสือยินยอมจากโรงพยาบาลต้นสังกัด  
(กรณีกลุ่มผู้มีความรู้และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ซึ่งเป็น  หัวหน้าหน่วยฝ่าย  ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  อื่นๆ (ระบุ).....

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยทันต

แพทย์ ณ โรงพยาบาล ..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน.....ปี พ.ศ. ....

ถึงวันที่..... เดือน.....ปี พ.ศ. .... เป็นระยะเวลา..... ปี .....เดือน จริง และ ตกลงยินยอมให้

(นาย/นาง/นางสาว).....เข้ารับการ สอบคัดเลือกและเข้าศึกษาหลักสูตร

ประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ชั้นสูง ที่สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

ตั้งแต่ปีการศึกษา.....เป็นต้นไป จนกว่าจะสำเร็จการศึกษาครบถ้วนตามที่หลักสูตรกำหนดไว้ ตลอดจนประพฤติ

และปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ หรือคำสั่งของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี หรือ สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ กำหนด

หรือที่ส่งไว้ทุกประการ ตลอดเวลาที่ศึกษาอยู่โดยเคร่งครัด

ในการนี้เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการจึงได้ลงลายมือ  
ชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้บริหารคลินิก

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

ลงชื่อ.....พยาน