

รายละเอียดการรับสมัครสอบคัดเลือกเข้าฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาต่างๆ ประจำปีการศึกษา 2555

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขา	หมายเหตุ	ติดต่อภาควิชา
1. ศัลยศาสตร์ช่องปากและ แม็กซิลโลเฟเชียล	1. ต้องมีผลคะแนนภาษาอังกฤษ CU-TEP หรือเทียบเท่าไม่ต่ำกว่า 450	02-218-8581
2. ปรีทันตวิทยา	1. ต้องมีผลคะแนนภาษาอังกฤษ CU-TEP หรือเทียบเท่าไม่ต่ำกว่า 450	02-218-8850
3. ทันตกรรมสำหรับเด็ก	1. หลักสูตรนี้เรียนควบคู่กับหลักสูตร วท.ม. สาขาวิชาทันตกรรม สำหรับเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้สมัครทุกคนต้อง สมัครทั้ง 2 หลักสูตร 2. ต้องมีผลคะแนนภาษาอังกฤษ CU-TEP หรือเทียบเท่า ไม่ต่ำกว่า 450 3. ผู้สมัครต้อง ส่งเอกสารให้ครบถ้วน ตามข้อมูลรายละเอียดการรับ สมัครฯ ปีการศึกษา 2555 ที่ <a href="http://www.dent.chula.ac.th">www.dent.chula.ac.th</a> (หลักสูตรบัณฑิต ศึกษา) ส่งแนบพร้อมใบสมัคร เพื่อประกอบการพิจารณา* <u>หากเอกสาร ไม่ครบไม่มีสิทธิ์สอบ*</u>	02-218-8906
2. ทันตกรรมประดิษฐ์	1. หลักสูตรนี้เรียนควบคู่กับหลักสูตร ป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์คลินิก สาขาวิชาทันตกรรมประดิษฐ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	02-218-8532-3
3. วิทยาเอ็นโดคอนต์	1. หลักสูตรนี้เรียนควบคู่กับหลักสูตรป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์คลินิก สาขาวิชาวิทยาเอ็นโดคอนต์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2. ส่งเอกสารเพิ่มเติมจาก ร.ว.ท.ท.3 (ใบสมัครของทันตแพทยสภา) 2.1 สำเนาบัตรประชาชน 2.2 หนังสือรับรองการทำงาน 2.3 ผลคะแนนภาษาอังกฤษ CU-TEP/หรือเทียบเท่า 450 คะแนน <b>**ส่งเอกสารทั้งหมดพร้อมใบสมัครที่ราชวิทยาลัยทันตแพทย์ ยกเว้นคะแนนภาษาอังกฤษ หากไม่ส่งพร้อมใบสมัคร สามารถส่งได้ถึง วันที่ 18 ม.ค. 55 ที่ภาควิชาทันตกรรมหัตถการ</b>	02-218-8794-5
4. ทันตกรรมหัตถการ	1. ส่งเอกสารเพิ่มเติมจาก ร.ว.ท.ท.3 (ใบสมัครของทันตแพทยสภา) 1.1 สำเนาบัตรประชาชน 1.2 หนังสือรับรองการทำงาน <b>** ส่งเอกสารทั้งหมดพร้อมใบสมัครที่ราชวิทยาลัยทันตแพทย์ฯ</b>	02-218-8794-5
5. วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก		
- เวชศาสตร์ช่องปาก	1. หลักสูตรนี้เรียนควบคู่กับหลักสูตรป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์คลินิก สาขาวิชาวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก แขนงวิชา เวชศาสตร์ช่องปาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	02-218-8942
- ทันตกรรมบดเคี้ยว	1. ต้องสอบผ่านข้อเขียนอย่างน้อยร้อยละ 50 จึงจะมีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ 2. ต้องมีผลคะแนนภาษาอังกฤษ CU-TEP หรือเทียบเท่าไม่ต่ำกว่า 450	02-218-8553-4
- รังสีวิทยาช่องปากและ แม็กซิลโลเฟเชียล	-	02-218-8780

รายละเอียดการรับสมัครสอบคัดเลือกเข้าฝึกอบรมหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๕๕

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก

และ หลักสูตร การฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก

#### จุดเด่นของหลักสูตร

ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก เปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก เรียนควบกับหลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ไม่น้อยกว่า ๓ ปี

#### ประโยชน์ที่ผู้เรียนจะได้รับ

๑. มีความรู้ ทักษะ ด้านวิชาการ ความชำนาญทางคลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก
๒. มีประสบการณ์ในการทำวิจัย
๓. ได้วุฒิวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
๔. ได้วุฒิประกาศนียบัตรทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก เมื่อเรียนครบตามหลักสูตรสามารถขอสอบเพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ฯ (Board) ของทันตแพทย์สภาได้
๕. สามารถเรียนจบทั้งสองหลักสูตร ได้ภายใน ๓ ปี และสอบ (Board) ได้ในปีที่ ๔ (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เรียน)

#### รายละเอียดการสอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์

วิชาที่สอบ	วันและเวลาที่ทำกรทดสอบ	สถานที่สอบ
๑. สอบข้อเขียน	๑๑ มกราคม ๒๕๕๕ ๕.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก ตึกทันตรักรัวิจัย ชั้น ๒
๒. สอบสัมภาษณ์	๑๘ มกราคม ๒๕๕๕ ๕.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก ตึกทันตรักรัวิจัย ชั้น ๒

### รายละเอียดของหลักสูตรที่ควรทราบ

๑. หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก เรียนควบกับหลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก โดยมีระยะเวลาในการศึกษา **ไม่น้อยกว่า ๓ ปี**
  ๒. ผู้เรียนจะเสียค่าใช้จ่ายตามอัตราของหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย **และ** ตามอัตราของทันตแพทยสภา สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก (อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามประกาศทันตแพทยสภา)
  ๓. ผู้สนใจ **ต้อง** สมัครสอบทั้งหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตตามระเบียบบัณฑิตศึกษา ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ หลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก ตามระเบียบของทันตแพทยสภา
- ผู้สมัคร ต้อง ส่งเอกสารต่อไปนี้แนบพร้อมใบสมัคร เพื่อประกอบการพิจารณา**
- \* หากเอกสารไม่ครบไม่มีสิทธิ์สอบ \***

๑. ใบคะแนนรายวิชา (Transcript) ระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
๒. ผลสอบภาษาอังกฤษ TOEFL อย่างน้อย ๔๕๐ หรือเทียบเท่า ผลสอบต้องมีระยะเวลาไม่เกิน ๒ ปี นับถึงวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ วันสุดท้ายที่สามารถส่งคะแนนภาษาอังกฤษที่ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กคือวันที่ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔ เวลา ๑๕.๓๐ น.
๓. ใบส่งตัวจากต้นสังกัด อนุมัติให้ลาเรียนเป็นเวลาอย่างน้อย ๓ ปี \* (กรณีรับราชการ)
๔. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากหัวหน้าหน่วยงาน
๕. จดหมายรับรองผู้สมัคร (Recommendation) จากทันตแพทย์ (ไม่ใช่หัวหน้าหน่วยงาน) อย่างน้อย ๑ ฉบับ

หมายเหตุ เอกสารข้อ ๓-๕ ใช้แบบฟอร์มในหน้า ๓-๖

๔. ภาควิชา ฯ จะทำการสอบคัดเลือกครั้งเดียว
๕. ปีการศึกษา ๒๕๕๕ ภาควิชา ฯ จะเปิดรับจำนวน ๕ คน
๖. หากมีข้อสงสัย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
  - ผศ.ทพญ. รุจิรา เพื่อนอัยกา ๐๘-๑๗๒๐-๖๖๕๕
  - รศ.ทพญ.ดร. ทิพวรรณ ธาราพัฒนานนท์ ๐-๒๒๑๘-๘๕๐๖

แบบฟอร์มหนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาต่อ กรณีรับราชการ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ .....

ที่ ..... วันที่ .....

เรื่อง ขออนุมัติลาศึกษาต่อ

เรียน .....

ข้าพเจ้า .....

ตำแหน่ง .....

ปฏิบัติงานที่ .....

มีความประสงค์จะสมัครสอบเข้าศึกษาต่อสาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงขออนุมัติลาศึกษาต่อเป็นเวลาอย่างน้อย ๓ ปี ในกรณีที่สอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ผ่าน

เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงนาม .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ทางต้นสังกัด พิจารณาแล้ว อนุมัติให้ .....

สามารถลาศึกษาต่อสาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นเวลาอย่างน้อย ๓ ปี กรณีที่สอบข้อเขียน และสัมภาษณ์ผ่าน

ลงนาม .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน

ข้าพเจ้า .....

ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน .....

เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น .....

ของนาย / นาง / นางสาว .....

ซึ่งประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา ..... สาขาวิชา ..... ระดับปริญญา .....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร ได้มีประสบการณ์ในการทำงานระหว่าง พ.ศ. .... ถึง พ.ศ. ....

เป็นเวลา ..... ปี หลังจากสำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาบัณฑิต โดยมีลักษณะงานดังนี้ คือ

.....  
 .....  
 .....

(โปรดระบุลักษณะงานที่ผู้สมัครปฏิบัติอยู่อย่างชัดเจน ในด้านต่อไปนี้คือด้านการสอน วิชาการ การวิจัย

การบริการ การบริหารงานบุคคล และอื่น ๆ)

และขอรับรองผู้สมัครในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

๑. บุคลิกภาพของผู้สมัคร

.....  
 .....

๒. ความสามารถในการปฏิบัติงานในหน้าที่และความรับผิดชอบ

.....  
 .....

๓. ศักยภาพที่จะเรียนต่อในระดับปริญญาโทบัณฑิต

.....  
 .....

๔. ความประพฤติ

.....  
.....

๕. ความสามารถในการทำงานกับผู้อื่นและมนุษยสัมพันธ์

.....  
.....

๖. ความสามารถพิเศษ

.....  
.....

๗. ประโยชน์จากการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาต่อที่ทำงาน

.....  
.....

๘. ความคิดเห็นอื่น ๆ เพิ่มเติม

.....  
.....

ลงนาม .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

### หนังสือรับรองผู้สมัคร (Recommendation)

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน .....

เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น ..... ของ นาย / นาง / นางสาว .....

ซึ่งประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชา .....

สาขาวิชา ..... ระดับปริญญา .....

ขอรับรองผู้สมัครในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

๑. บุคลิกภาพของผู้สมัคร

.....

๒. ความสามารถในการปฏิบัติงานในหน้าที่และความรับผิดชอบ

.....

๓. ศักยภาพที่จะเรียนต่อในระดับปริญญาโท

.....

๔. ความประพฤติ

.....

๕. ความสามารถในการทำงานกับผู้อื่นและมนุษยสัมพันธ์

.....

๖. ความสามารถพิเศษ

.....

๗. ความคิดเห็นอื่น ๆ เพิ่มเติม

.....

ลงนาม .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ : หนังสือรับรองจากอาจารย์ หรือผู้ร่วมงาน หรือเพื่อนทันตแพทย์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศการรับสมัครฯ

ภาควิชา ทันตกรรมสำหรับเด็ก

คณะทันตแพทยศาสตร์

สาขาวิชา ทันตกรรมสำหรับเด็ก

หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

รหัสหลักสูตร

0	9	0	5
---	---	---	---

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัคร

1. สำเร็จปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยของรัฐ หรือ มหาวิทยาลัยอื่นๆที่ทันตแพทยสภารับรอง
2. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537
3. ปฏิบัติงานทางทันตกรรมมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
4. คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ พิจารณาแล้วเห็นสมควรให้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาได้

ผู้สมัครต้อง นำเอกสารต่อไปนี้ส่งแนบพร้อมใบสมัครเพื่อประกอบการพิจารณา \* หากเอกสารไม่ครบไม่มีสิทธิ์สอบ \*

1. ใบคะแนนรายวิชา (Transcript) ระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
2. ผลสอบภาษาอังกฤษ TOEFL อย่างน้อย 450 หรือเทียบเท่า ผลสอบมีระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี นับถึง 9 ธันวาคม 2554
3. ใบส่งตัวจากต้นสังกัด อนุมัติให้ลาเรียนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี \*(กรณีรับราชการ)
4. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากหัวหน้าหน่วยงาน
5. จดหมายรับรองผู้สมัคร (Recommendation) จากทันตแพทย์ที่ไม่ใช่หัวหน้าหน่วยงาน อย่างน้อย 1 ฉบับ

รับสมัครตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2554 ถึงวันที่ 9 ธันวาคม 2554

วิชาที่สอบ	วันและเวลาที่ทำการทดสอบ	สถานที่สอบ
1. สอบข้อเขียน	11 มกราคม 2555 (09.00 - 12.00 น.)	ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก ชั้น 2 ตึกทันตรักษ่วิชา
2. สอบสัมภาษณ์	18 มกราคม 2555 (09.00 - 16.00 น.)	

หมายเหตุ

1. หลักสูตรนี้เรียนควบกับหลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก (ทันตแพทยสภา) ผู้สมัครทุกคนต้อง สมัครทั้ง 2 หลักสูตร
2. ขั้นตอนการสมัคร : หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก
  - 2.1 สมัครตามขั้นตอนและกรอกข้อมูลการสมัครในระบบ ที่ [www.grad.chula.ac.th](http://www.grad.chula.ac.th) (การเข้าศึกษา)
  - 2.2 ดาวน์โหลดเอกสารประกอบการสมัคร ที่ [www.dent.chula.ac.th](http://www.dent.chula.ac.th)
  - 2.3 ส่งใบสมัครและเอกสารประกอบทั้งหมด ทางไปรษณีย์ที่ งานบริการการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330]
3. ขั้นตอนการสมัคร : หลักสูตรการฝึกอบรมทันตแพทย์เฉพาะทางระดับวุฒิบัตร สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
  - 3.1 สมัครตามขั้นตอนใน [www.dentalcouncil.or.th](http://www.dentalcouncil.or.th) (รับสมัครทันตแพทย์เข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรของทันตแพทยสภา ประจำปีการศึกษา 2555)



ผู้ที่ไม่มีผลสอบภาษาอังกฤษ (CU-TEP) ดูรายละเอียดได้จากประกาศ

เรื่อง การทดสอบความรู้ความสามารถทางภาษาอังกฤษ และสมัครได้ที่ [www.atc.chula.ac.th](http://www.atc.chula.ac.th)

จำนวนนิสิตที่คาดว่าจะรับ 5 คน

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ ตามประกาศบัณฑิตวิทยาลัย

ประกาศผลการสอบคัดเลือก 25 มกราคม 2555

} ที่ บัณฑิตวิทยาลัย [www.grad.chula.ac.th](http://www.grad.chula.ac.th) หรือ  
ที่ คณะทันตแพทยศาสตร์ [www.dent.chula.ac.th](http://www.dent.chula.ac.th)  
(หลักสูตรบัณฑิตศึกษา)

หากผู้สมัครมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัคร ติดต่อได้ที่ ผศ.ทพญ. รุจิรา เพื่อน้อยกา หรือ

รศ. ทพญ. ดร. ทิพวรรณ ชราภิวัฒน์นานนท์ ระหว่างเวลา 09.00-16.00 น. ตึกทันตรักษวิจัฯ ชั้น 2 โทร. 0-2218-8906

ทั้งนี้ โดยมติคณะกรรมการบริหารคณะทันตแพทยศาสตร์ ครั้งที่ \_\_\_ / 54 วันที่ \_\_\_\_\_

ลงนาม .....

หัวหน้าภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก

...../...../.....

ลงนาม .....

คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

...../...../.....