

ประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อจ้างเหมาบริการเอกชนดำเนินการ  
รายละเอียดคุณลักษณะของการจ้างเหมาบริการเอกชนดำเนินการ  
ปฏิบัติงานหน้าที่ผู้ช่วยทันตแพทย์  
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

**คุณสมบัติทั่วไป**

๑. เพศชาย/หญิง อายุ ๒๓-๔๕ ปี
๒. มีสัญชาติไทย
๓. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการพลเรือน
๔. ไม่เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมจนเป็นที่รังเกียจของสังคม
๕. มีความประพฤติสุภาพ บุคลิกภาพดี แต่งกายสุภาพเรียบร้อยและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี
๖. ไม่เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติดใดๆ

**คุณสมบัติเฉพาะ**

๑. เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า ๑ ปี ต่อจากประโยคมัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาวิชาสามัญ
๒. มีความรู้ ความสามารถและความชำนาญในการสนับสนุนงานช่วยเหลือผู้ช่วยทันตแพทย์
๓. มีความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
๔. มีทักษะในการทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือเครื่องใช้
๕. มีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมพื้นฐานได้
๖. สามารถให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านทันตกรรม
๗. มีมนุษยสัมพันธ์และการประสานงานที่ดี
๘. มีความสามารถในการคิด ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์
๙. มีจิตบริการและสามารถทำงานเป็นทีมได้

### หน้าที่รับผิดชอบ

๑. เตรียมความพร้อมในการให้บริการด้านต่างๆ เช่น ดูแลความสะอาดเรียบร้อยบริเวณพื้นที่ให้บริการ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงตามหลักมาตรฐาน และจัดเตรียมตรวจนับอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์และการทำหัตถการต่างๆ เพื่อให้มีจำนวนเพียงพอตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด
๒. ช่วยเหลือการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในการทำหัตถการต่าง ๆ โดยอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ให้บริการกับผู้ป่วยที่มารักษาโรคทางช่องปากต่าง ๆ เช่น การอุดฟัน ถอนฟัน รักษา รากฟัน ครอบฟัน เป็นต้น เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด
๓. ร่วมทีมทันตแพทย์ หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและติดตามการรักษาโรคทางช่องปากในชุมชน เพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์
๔. ดูแล บำรุงรักษา ทำความสะอาดและจัดเก็บเครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ ทางทันตกรรม ในคลินิกทันตกรรมหลังเสร็จสิ้นการใช้งาน เพื่อให้มีสภาพคงทนตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด
๕. สรุปสถิติรายงานผู้เข้ารับบริการประจำวัน เดือน ปี เพื่อนำข้อมูลประกอบการพัฒนางานด้านบริการ
๖. ติดต่อบริษัทงานอำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการ เช่น ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทางช่องปาก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการกับประชาชน
๗. ให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านทันตกรรมกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
๘. ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

### ลักษณะงาน/การปฏิบัติงาน

๑. สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
๒. อัตราที่รับ ๑ อัตรา
๓. เวลาปฏิบัติงานวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
๔. กำหนดระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓
๕. หากไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามกำหนดยินยอมให้ปรับ ๐.๑% ของราคางานจ้างแต่ไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
๖. ผู้รับจ้างต้องเขียนรายงานการปฏิบัติงานทุกวัน และส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบพร้อมใบส่งงานวันสิ้นเดือน
๗. ประเมินการทำงานทุก ๖ เดือน
๘. ผู้รับจ้างตกลงสแกนลายมือชื่อผ่านระบบสแกนนิ้วในการมาปฏิบัติงานตามแบบที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมืองกำหนด
๙. กรณีที่ผู้รับจ้างมีความประสงค์จะลาออกให้ผู้รับจ้างแจ้งให้ผู้ว่าจ้างทราบก่อนล่วงหน้า ๓๐ วัน

### การจ่ายเงินในการจ้างเหมาบริการและค่าตอบแทนอื่นๆ

๑. จ่ายเงินเป็นรายงวดๆ ๑ เดือนๆ ละ ๑๑,๒๘๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันสองร้อยแปดสิบบาทถ้วน)
๒. ผู้รับจ้างจะต้องปฏิบัติหน้าที่ได้ตามที่สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง มอบหมายโดยได้รับค่าพาหนะในการเดินทางไปราชการต่างจังหวัดพร้อมค่าที่พัก พร้อมค่าเบี้ยเลี้ยงตามระเบียบกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนด
๓. ผู้รับจ้างสามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ โดยจะได้ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังฯ

### เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นสมัคร

๑. สำเนาวุฒิการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายที่ศึกษาวิชาสามัญ และสำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน ( Transcript of Record ) ที่แสดงหรือระบุว่าเป็นผู้มีวุฒิมัธยมศึกษาตรงกับตำแหน่งที่สมัคร จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๒. ประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า ๑ ปี จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๔. สำเนาหลักฐานอื่นๆ เช่น ใบสำคัญการสมรส (เฉพาะผู้สมัครเพศหญิง) ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (กรณีชื่อ-นามสกุลในหลักฐานการสมัครไม่ตรงกัน) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองสำเนาถูกต้อง และลงชื่อกำกับไว้ด้วย

ให้ผู้ที่มีความประสงค์จะสมัครเข้ารับการสัมภาษณ์ สามารถยื่นเอกสารหลักฐานการสมัครด้วยตนเองได้ที่กลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ในวันและเวลาราชการ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. ๐ ๒๕๒๑ ๖๕๕๐ ต่อ ๓๐๓