เอกสารประกอบการรายงานตัว

1. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ขนาด 1”x 1” (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) **จำนวน 1 รูป**
   (รูปถ่ายติดลงในใบสมัคร)
2. สำเนา สัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ **จำนวน 1 ชุด**
   (สำหรับผู้ที่มิได้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
3. สำเนา Transcript (ใบเกรด ที่ได้รับ Degree แล้ว) **จำนวน 1 ชุด**
4. สำเนา หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา ซึ่งผ่านสภามหาวิทยาลัย**อนุมัติแล้ว** **จำนวน 1 ชุด**
5. สำเนา ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากแพทยสภา **จำนวน 1 ชุด**
6. สำเนา ทะเบียนบ้าน **จำนวน 3 ชุด**
7. สำเนา บัตรประจำตัวประชาชน **จำนวน 3 ชุด**
8. **สำเนา สมุดคู่ฝากหน้าแรก (เลขที่บัญชี)** **จำนวน 3 ชุด**
   (บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เท่านั้น)
9. สำเนา ผ่านการฝึกวิชาทหารรักษาดินแดนฯ **(เฉพาะเพศชาย)** **จำนวน 1 ชุด**
10. สำเนา อื่น ๆ เช่น กรณีเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ทะเบียนสมรส ฯลฯ **จำนวน 1 ชุด**
11. ใบรับรองแพทย์ (คำรับรองการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ร่างกายแข็งแรง) **จำนวน 1 ชุด**

หมายเหตุ : ทั้งนี้เพื่อความรวดเร็วในการรายงานตัว

1. **กรอกข้อมูลประกอบการรายงานตัว (ตามเอกสารที่แนบ)**
2. **ลงนามรับรองในเอกสารรายงานตัว และเอกสารสำเนาแนบทุกฉบับ**
3. **กรอกข้อมูลรายงานตัว online ทั้ง 2 ระบบ**
4. **ไฟล์รูปถ่ายที่ใช้ในการรายงานตัว online เป็นรูปถ่ายที่ใช้ในการทำบัตรประจำตัวบุคลากร หรือ ทำทำเนียบ**
   ดังนั้น จึงขอให้เป็นรูปถ่ายที่สุภาพ หน้าตรง ใส่เสื้อกาวน์สีขาว ไม่สวมหมวกหรือใส่แว่นดำ และพื้นหลังภาพเป็นสีพื้นอ่อน ๆ เช่น สีครีม สีขาว สีฟ้า สีเทา

เตรียมค่าธรรมเนียมในการพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อสอบประวัติกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 150 บาท (โอนเข้าบัญชี ณ วันที่พิมพ์ลายนิ้วมือ) และสำเนาทะเบียนบ้าน (จำนวน 1 ชุด ซึ่งนับรวมกับเอกสารรายงานตัวแล้ว)

โดยในสำเนาทะเบียนบ้านที่จะมอบให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องและระบุข้อมูลเพิ่มเติม คือ **เบอร์โทรศัพท์ น้ำหนัก ส่วนสูง**

มอบให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ณ วันที่มาพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อสอบประวัติ

ใบรายงานตัวเข้ารับราชการ

กรมมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

1. ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) .....

เกิดวันที่..... เดือน.....พ.ศ..... ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด..... สัญชาติ.....ไทย..... เชื้อชาติ.....ไทย..... ศาสนา.....

2. สถานภาพ ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ ม่าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่

3. ชื่อคู่สมรส..... สกุลเดิม.....อาชีพ.....

4. ชื่อบิดา.....อาชีพ.....

ชื่อมารดา.....อาชีพ.....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

6. อุปสมบท ณ วัด .....เมื่อ.....

7. รับราชการทหาร/ตำรวจ กองประจำการ สังกัด.....

เมื่อ.....ปลดเมื่อ.....

8. ความรู้พิเศษ.....

9. ประวัติการทำงานที่อื่นมาก่อน (หน่วยงาน ตำแหน่ง ระยะเวลา)

.....

.....

.....

.....

.....

10. สอบได้ในตำแหน่ง.....นายแพทย์.....ลำดับที่..... ประกาศผลเมื่อ.....

11. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้รายงานตัว

(นาย/นาง/นางสาว.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษกรณีพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....คณะแพทยศาสตร์ มอ...
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง นายแพทย์ สังกัด..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยพิเศษโดยหนังสือฉบับนี้ว่า ในกรณีข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างรับราชการ และทางราชการจะต้องจ่ายเงินช่วยพิเศษให้ตามพระราชกฤษฎีกาการจ่ายเงินเดือน เงินปี บำเหน็จ บำนาญ และเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินช่วยพิเศษ แก่ .....
(ระบุชื่อผู้รับเงินช่วยพิเศษเพียงรายเดียว) เกี่ยวข้องโดยเป็น..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางสินีพร เชียงสอน)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางวรสุ ศรีประพันธ์)

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

<u>บันทึกการเปลี่ยนแปลง</u>

ข้าพเจ้าขอยกเลิกหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับเงินช่วยเหลือพิเศษฉบับนี้ โดยได้แสดงเจตนาใหม่ตามหนังสือแสดงเจตนา ลงวันที่..... ซึ่งให้.....
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินช่วยเหลือพิเศษเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตายระหว่างรับราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

ได้บันทึกไว้ในสมุด/แฟ้มประวัติแล้ว
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ทะเบียนประวัติ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

แบบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีถึงแก่ความตาย

เขียนที่.....คณะแพทยศาสตร์ มอ...
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง นายแพทย์ สังกัด..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ **ขอแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยพนักงานมหาวิทยาลัยกรณีออกจากงาน โดยหนังสือฉบับนี้ ว่าในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายในระหว่างปฏิบัติงานและทางมหาวิทยาลัยจะต้องจ่ายค่าชดเชยให้ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่าด้วยการบริหารงานบุคคลพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2559 ข้าพเจ้าประสงค์จะจ่ายค่าชดเชย แก่**..... (ระบุชื่อผู้รับค่าชดเชยเพียงรายเดียว)
เกี่ยวข้องโดยเป็น..... ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงเจตนา
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางสินีพร เชียงสอน)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางวรสุ ศรีประพันธ์)

หมายเหตุ
1. ให้มอบหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยไว้ ณ ส่วนงานที่ตนสังกัดเพื่อเก็บไว้ในสมุดประวัติหรือแฟ้มประวัติ เมื่อมีการโอนย้ายก็ให้ส่งหนังสือดังกล่าวตามไปด้วย
2. **ให้ระบุชื่อผู้รับค่าชดเชยแต่เพียงรายเดียว** หากจะเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับค่าชดเชยในภายหลัง ให้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุผู้รับค่าชดเชยฉบับใหม่แทนฉบับเดิมตามแบบที่มหาวิทยาลัยกำหนด และให้แนบฉบับเดิมไว้ด้วย
3. การขูดลบ ตก เติม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้รับค่าชดเชยให้ลงลายมือชื่อกำกับไว้

คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่ .....

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ใบสมัครคัดเลือกพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำแหน่ง นายแพทย์

เลขที่บัตรประชาชน .....

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว) .....

(ภาษาอังกฤษ) (Mr / Miss / Mis) .....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด ..... อายุ .....ปี จังหวัดที่เกิด.....

เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา ..... หมู่เลือด .....

สถานภาพ ☐ **โสด**/ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ☐ **สมรส** ☐ **หม้าย** ☐ **หย่าร้าง**

บิดา ☐ ยังมีชีวิต ☐ เสียชีวิต ชื่อ-นามสกุล.....

มารดา ☐ ยังมีชีวิต ☐ เสียชีวิต ชื่อ-นามสกุล.....

คู่สมรส (ถ้ามี) ชื่อ-นามสกุล ..... อาชีพ .....

มีบุตร ..... คน ชื่อ-นามสกุล .....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน ..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... E-mail .....

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี วุฒิการศึกษา.....พ.บ. แพทยศาสตร์บัณฑิต..... สาขาวิชา.....แพทยศาสตร์.....
สถาบันการศึกษา.....สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

ปริญญาโท วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....
สถาบันการศึกษา.....สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

ปริญญาเอก วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....
สถาบันการศึกษา.....สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

อื่น ๆ วุฒิการศึกษา..... สาขาวิชา.....
สถาบันการศึกษา.....สำเร็จ พ.ศ..... เกรดเฉลี่ย.....

ประวัติการทำงาน เรียงตามลำดับครั้งสุดท้ายไปหาครั้งแรก

สถานที่ทำงานครั้งสุดท้าย .....

ตำแหน่ง..... ตั้งแต่เดือน.....ปี..... ถึงเดือน.....ปี.....

เงินเดือน.....บาท สาเหตุที่ออก.....

สถานที่ทำงาน .....

ตำแหน่ง..... ตั้งแต่เดือน.....ปี..... ถึงเดือน.....ปี.....

เงินเดือน.....บาท สาเหตุที่ออก.....

ความถนัดด้านภาษา	การพูด	การอ่าน	การเขียน
ภาษาอังกฤษ	☐ ดีมาก	☐ ดีมาก	☐ ดีมาก
	☐ ดี	☐ ดี	☐ ดี
	☐ พอใช้	☐ พอใช้	☐ พอใช้
ภาษาอื่น ๆ	☐ ดีมาก	☐ ดีมาก	☐ ดีมาก
	☐ ดี	☐ ดี	☐ ดี
	☐ พอใช้	☐ พอใช้	☐ พอใช้

ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ .....

.....

.....

ผลงานทางวิชาการ .....

.....

.....

ประสบการณ์พิเศษ อื่น .....

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

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

หมายเหตุ กรอกข้อมูลให้ได้รายละเอียดมากที่สุด เพื่อประโยชน์ของท่านเอง และสามารถแนบประวัติและเอกสารอื่น ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัวท่านเพิ่มเติมพร้อมกับใบสมัครได้

สำนักงานประกันสังคม

สปส. 1 - 03

แบบขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ข้อมูลนายจ้าง	สำหรับเจ้าหน้าที่
ชื่อสถานประกอบการ คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ เลขที่บัญชี 10 - 9000327 - 7 ลำดับที่สาขา 900009 วันที่ผู้ประกันตนเข้าทำงาน ..... ประเภทการจ้าง ☐ รายวัน ☑ รายเดือน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....	เลขที่บัตรประกันสังคม ☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐

ข้อมูลผู้ประกันตน

1. ชื่อ ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง .....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สัญชาติ ไทย
4. เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....
5. เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

6. สถานภาพครอบครัว
   ☑ 1. โสด ☐ 2. สมรส ☐ 3. ม่าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่
   ☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน ..... คน ลำดับที่ 1 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐
   ลำดับที่ 2 เกิดปี พ.ศ. ☐☐☐☐

7. สำหรับคนต่างด้าว ให้กรอกข้อความ ดังนี้
   ☐ ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่ .....
   ☐ หนังสือเดินทาง (PASSPORT) เลขที่.....
   ☐ ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว (WORK PERMIT) เลขที่.....
   ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... นายจ้าง

(.....)

วันที่ .....

เอกสารที่แนบ
- ☑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว
- ☐ สำเนาหนังสือเดินทาง
- ☐ สำเนาใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าว
- ☐ อื่น ๆ .....

ข้อมูลการเลือกสถานพยาบาล

8. ขอเลือกสถานพยาบาลประกันสังคม รพ.สงขลานครินทร์ (ผู้ประกันตนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล)
   หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลที่เลือกให้ได้ ขอเลือกสถานพยาบาลสำรองคือ
   ลำดับที่ 1 ชื่อ ..... หรือ
   ลำดับที่ 2 ชื่อ .....

ลงชื่อ..... ผู้ประกันตน

(.....)

วันที่ .....

☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐

.....

(ผู้รับแบบ)

วันที่ .....

คำแนะนำ
1. ผู้ลงชื่อรับรองข้อมูลผู้ประกันตนเป็นผู้มีอำนาจกระทำการผูกพันบริษัทหรือผู้ได้รับมอบอำนาจ
2. กรณีมีบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี มากกว่า 2 คน ให้กรอกปี พ.ศ. เกิดเพียง 2 คน ตามลำดับการเกิดก่อนหลังที่มีชีวิตอยู่
3. การแจ้งขึ้นทะเบียนผู้ประกันตนต่อสำนักงานประกันสังคมให้แจ้ง ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน
4. เมื่อข้อเท็จจริงที่แจ้งไว้เปลี่ยนแปลง ให้แจ้งเป็นหนังสือต่อสำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดจากเดือนที่มีการเปลี่ยน ถ้าแจ้งข้อเท็จจริงไม่ถูกต้องจะมีผลต่อสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับตามกฎหมาย

ข้อตกลงแนบท้ายสัญญาจ้าง (การขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน)

ข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น โดย ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน .....

บรรจุเข้าทำงานในตำแหน่ง..... สังกัดหน่วยงาน.....

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน และขอเลือก**โรงพยาบาลสงขลานครินทร์**เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม

2. ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่า กรณีข้าพเจ้าเลือกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม หากภายหลังข้าพเจ้าลาออกจากงานหรือถูกเลิกจ้าง ซึ่งตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ผู้ประกันตนจะได้รับความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วย โดยผู้ประกันตนสามารถใช้สถานพยาบาลที่ระบุในบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลต่อไป อีก 6 เดือน นับจากวันที่ลาออกหรือถูกเลิกจ้าง และหากข้าพเจ้าสมัครเข้าทำงานกับสถานประกอบการอื่นอื่นหรือสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (มาตรา 39) ข้าพเจ้าจะ**ไม่ขอใช้สิทธิเลือกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์**เป็นสถานพยาบาลประกันสังคม **และยินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ระงับการใช้สิทธิ**ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3. ข้าพเจ้าขอให้ข้อตกลงฉบับนี้ยังคงมีผลอยู่ไปจนกว่าข้าพเจ้าดำเนินการตามเงื่อนไขในข้อ 2 แล้วเสร็จแม้ภายหลังสัญญาจ้างจะสิ้นผลไปแล้วก็ตาม

4. ให้ถือข้อตกลงนี้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาจ้างด้วย

การทำบันทึกข้อตกลงฉบับนี้เป็นไปตามเจตนาของข้าพเจ้าโดยแท้ หาได้มีการข่มขู่บังคับ ลวงหรือทำให้สำคัญผิดแต่อย่างใดเพื่อให้เป็นไปโดยถูกต้องข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้รับจ้าง

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ว่าจ้าง

(รศ.นพ.ธนพันธ์ ชูบุญ)

รองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

ลงชื่อ.....พยาน

(นางวรสุ ศรีประพันธ์)

ลงชื่อ.....พยาน

(นางสินีพร เชียงสอน)

สัญญาปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น เมื่อวันที่ .....เดือน..... พ.ศ..... ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ระหว่างมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ธนพันธ์ ชูบุญ ตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ผู้รับมอบอำนาจจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ตามคำสั่งคณะแพทยศาสตร์ ที่ 696/2567 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2567 และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ผู้รับมอบอำนาจจากอธิการบดี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามคำสั่งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ 1394/2566 ลงวันที่ 4 กันยายน 2566 ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “มหาวิทยาลัย” ฝ่ายหนึ่งกับ .....
เกิดเมื่อวันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “พนักงานมหาวิทยาลัย” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 มหาวิทยาลัยตกลงบรรจุ แต่งตั้งพนักงานมหาวิทยาลัย เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ประเภทอำนวยการ เพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สังกัด.....คณะแพทยศาสตร์ แบบเต็มเวลา ตั้งแต่วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ..... จนถึงวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. ..... และพนักงานมหาวิทยาลัยตกลงปฏิบัติงานในตำแหน่งตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ มาตรฐานกำหนดตำแหน่งและภาระงาน ทั้งตามที่ได้ตกลงและได้รับมอบหมาย

ในการปฏิบัติงานตามสัญญานี้ มหาวิทยาลัยอาจสั่งการหรือมอบหมายให้พนักงานมหาวิทยาลัย ปฏิบัติหน้าที่อื่นใดนอกเหนือจากสิ่งที่กล่าวในวรรคหนึ่ง และ/หรือให้เข้าปฏิบัติงานในส่วนงาน หรือหน่วยงานใด ๆ ของมหาวิทยาลัยได้ตามที่มหาวิทยาลัยเห็นสมควร

ข้อ 2 ตลอดอายุแห่งสัญญานี้ พนักงานมหาวิทยาลัยต้องรักษาวินัยและประพฤติหรือปฏิบัติตาม ข้อบังคับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่าด้วยการดำเนินการทางวินัยของพนักงานมหาวิทยาลัย และข้อบังคับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่าด้วยจรรยาบรรณของบุคลากรมหาวิทยาลัยโดยเคร่งครัด

ข้อ 3 มหาวิทยาลัยตกลงจ่ายเงินเดือน ค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ตามสัญญานี้ให้แก่พนักงานมหาวิทยาลัย เป็นรายเดือนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่มหาวิทยาลัยกำหนด

ข้อ 4 ในระหว่างการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ถ้าพนักงานมหาวิทยาลัยปฏิบัติหรือละเว้น การปฏิบัติหน้าที่ หรือกระทำใด ๆ เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่มหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัยยินยอมชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดให้แก่มหาวิทยาลัยภายในเวลาที่มหาวิทยาลัยเรียกให้ชดใช้

ข้อ 5 สัญญานี้สิ้นสุดลงเมื่อพนักงานมหาวิทยาลัยพ้นสภาพการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตามระเบียบหรือข้อบังคับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ว่าด้วยการบริหารงานบุคคลพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้อ 6 เมื่อสัญญานี้สิ้นสุดลงไม่ว่าด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม พนักงานมหาวิทยาลัยต้องส่งมอบงาน รวมทั้งทรัพย์สินของมหาวิทยาลัยที่อยู่ในความรับผิดชอบหรือการควบคุมดูแลของตนคืนให้แก่มหาวิทยาลัยโดยพลัน

ข้อ 7 เอกสารข้อตกลงเกี่ยวกับภาระงานแนบท้ายสัญญานี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญานี้

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดตลอดแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและคู่สัญญาต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

(ลงชื่อ).....มหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธนพันธ์ ชูบุญ)

(ลงชื่อ).....พนักงานมหาวิทยาลัย
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางสินีพร เชียงสอน)

(ลงชื่อ).....พยาน
(นางวรสุ ศรีประพันธ์)

ข้อตกลงภาระงาน ตำแหน่งนายแพทย์
Workload Agreement for a staff doctor Position

ลักษณะงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ
Job Description and Responsibilities

1. ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตามข้อปฏิบัติ กฎ ระเบียบและนโยบาย ของโรงพยาบาล หรือคณะแพทยศาสตร์

1. A staff doctor will be obligated to follow the faculty's and hospital's guidelines, regulations, rules, and principles

2. ใช้สติปัญญา ความรู้ ความสามารถในการแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล เหตุผล และการพินิจพิจารณาโดยถ่องแท้ รอบคอบทั้งทางกว้างและทางลึก ไม่ประมาท ไม่ใช้อารมณ์ และมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ปิยวาจาแก่ผู้รับบริการ

2. Providing well-rounded patient care utilizing logical and intellectual problem solving skills and using logic as opposed to emotion.

3. มีความขยันหมั่นเพียร ศึกษา ฝึกปฏิบัติ วิจัย เพิ่มพูนความรู้ พัฒนาตนเองในด้านวิชาการให้ทันสมัยอยู่เสมอ มีความรับผิดชอบและทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม

3. Always practicing, improving and maintaining up-to-date academic and research skills, being responsible and providing quality consultations as a good role model.

4. การปฏิบัติงานที่ภาควิชา จะต้องปฏิบัติงานในภาควิชาที่เลือกไว้ โดยการปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่แต่ละภาควิชาและโรงพยาบาลกำหนดไว้ โดยหลักกว้าง ๆ จะประกอบด้วยการตรวจผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยใน การผ่าตัดหรือทำหัตถการต่าง ๆ การเรียนการสอนของแพทย์ใช้ทุน หรือแพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์ และกิจกรรมวิชาการของภาควิชาและของคณะ รวมทั้งการอยู่เวรปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย การอยู่เวรห้องฉุกเฉิน หรือเวรอื่น ๆ

4. A staff doctor is required to perform work at the selected department. Their duties will be as assigned by each department and hospital will include such standard duties as outpatient examinations; inpatient treatment; training interns, residents, and medical students; participating in faculty academic activities; ward-attendance; emergency room attendance; etc.

5. การสับเปลี่ยนหมุนเวียนฝึกปฏิบัติงาน ให้เป็นไปตามที่ภาควิชาหรือตามที่โรงพยาบาลกำหนด ซึ่งอาจจะมีภาระงานเพิ่มเติมในส่วนของ การขยายงานบริการของโรงพยาบาล ภาระงานกรณีเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติ หรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

5. A staff doctor will be assigned to perform additionally, and/or rotation at the departments and the hospital. They may also be occasionally required to work for the hospital service expansion. They shall additionally be required to respond to any disaster, emergency, and any emerging and reemergence of know and unknown disease.

6. นายแพทย์ในฐานะแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ต้องปฏิบัติงานโครงการเพิ่มพูนทักษะให้ครบทุกวิชาในสาขาหลัก (สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว หรือวิชาเลือกอื่น ๆ) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงานแล้วจะต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของแต่ละสาขาวิชา รวมทั้งแพทย์วิชาเลือก

6. A staff doctor who is a first-year intern will be required to complete all the core subjects following the Faculty Training Programs. (Internal Medicine, Surgery, Orthopedic Surgery, Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, General Practice/Family Medicine, or other elective subjects).The work attendance must be equivalent of at least 80% of the full duration following each subject requirement including elective subjects.

7. สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดให้มีผลงานตีพิมพ์ในวารสาร PSU Medicine Journal หรือ JHSMR หรือ วารสารระดับนานาชาติ

7. For attending fellowship training, the research must be published in the PSU Faculty of Medicine Journal of Health Science and Medical Research (JHSMR) or international journal.

8. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย

8. A staff doctor will occasionally be required to perform other work as assigned by their supervisors.

ลงลายมือชื่อ.....

Signature.....

(ประชุมหัวหน้าสาขาวิชา ครั้งที่ 5/2563 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2563)

แบบคำขอรับเงินเดือน/เงินสวัสดิการ ผ่านธนาคาร

มอ 104.0135120/
ลงวันที่

งานการเงิน กองคลัง สำนักงานอธิการบดี

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง .....นายแพทย์.....

สาขาวิชา ..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....

บัตร

☐ ข้าราชการ เลขที่ .....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ .....

☐ ลูกจ้าง เลขที่ .....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ .....

☒ ประจำตัวประชาชน เลขที่ .....

มีความประสงค์ขอรับเงินผ่าน ☒ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่บัญชีเงินฝาก .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ แนบ 1. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. สำเนาบัตรประชาชน

ใบแจ้งการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก

มอ 104.0135120/
ลงวันที่

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรียน หัวหน้าฝ่ายการคลัง

ข้าพเจ้า ..... ประจำตัวประชาชน เลขที่ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

รหัสบุคลากร..... HN รพ.สงขลานครินทร์..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

บรรจุเข้าทำงานในคณะแพทยศาสตร์ เมื่อวันที่ ..... ในตำแหน่ง....นายแพทย์..... สังกัดสาขาวิชา

..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้าขอแจ้งรายชื่อบุคคลในครอบครัวที่ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและบุตรที่มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรโดยสิทธิของข้าพเจ้า ดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุล บิดา ..... วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
2. ชื่อ-นามสกุล มารดา ..... วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
3. ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส ..... วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....
4. ชื่อ-นามสกุล บุตร 1 ..... วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....

ชื่อ-นามสกุล บุตร 2 ..... วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....

ชื่อ-นามสกุล บุตร 3 ..... วันเดือนปีเกิด..... HN รพ.สงขลานครินทร์.....

5. ข้าพเจ้าขอโอนเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น ๆ เข้าบัญชีเงินฝาก

☒ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่บัญชีเงินฝาก .....

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ แนบ 1. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝาก ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. สำเนาบัตรประชาชน

เอกสารตรวจการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อฯ

แนบเอกสารหลักฐาน : การฉีดวัคซีน การตรวจภูมิคุ้มกัน และผลอ่าน X-ray ปอด (สถานพยาบาลใดก็ได้ตามสิทธิของท่าน)

หากไม่เคยฉีดวัคซีนและไม่เคยตรวจภูมิคุ้นกัน : ขอให้ดำเนินการให้เสร็จสิ้นก่อนวันที่บรรจุเป็นพนักงาน

หากมีข้อสงสัยสอบถามเพิ่มเติมที่ :

งานความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม

โทร. 074451092

การมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ขึ้นไป

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail.....

ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... มหาวิทยาลัย/โรงพยาบาล.....

ฝึกปฏิบัติที่ภาควิชา/หน่วยงาน..... ช่วงเวลาเข้าฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

.
.
.
.
.

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

1. ผู้เข้าฝึกกรอกข้อมูล พร้อมแสดงหลักฐาน ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ
2. หากมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม โทรศัพท์ 0-7445-1092

Version : 02/09/63

การมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ขึ้นไป

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail.....

ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... มหาวิทยาลัย/โรงพยาบาล.....

ฝึกปฏิบัติที่ภาควิชา/หน่วยงาน..... ช่วงเวลาเข้าฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

ผู้ที่เข้าฝึกปฏิบัติต้องดำเนินการแสดงหลักฐานการตรวจว่าเป็นผู้มีภูมิคุ้มกัน/ได้รับวัคซีนคุ้มกันโรคติดต่อ ดังนี้

1. โรคหัด

☐ เคยฉีดวัคซีนครบ 2 เข็ม เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 เมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

2. โรคหัดเยอรมัน

☐ เคยฉีดวัคซีนอย่างน้อย 1 ครั้ง เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 เมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

3. โรคไวรัสตับอักเสบ บี

☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....

☐ ท่านเป็น Non-responder (ได้รับ vaccine ครบ 2 course และภูมิคุ้มกันไม่ขึ้น)

☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

4. โรคสุกใส

☐ ได้รับวัคซีน ครบ 2 ครั้ง เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 เมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

5. ไข้หวัดใหญ่

☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายไม่เกิน 1 ปี เมื่อ.....

☐ ฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายเกิน 1 ปี **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

6. การควบคุมวัณโรคปอด

6.1 ผลการทดสอบวัณโรคทางผิวหนัง ไม่เกิน 1 ปีก่อนมาฝึก และต้องได้รับการทดสอบแบบ two step PPD

☐ Negative เมื่อ..... ☐ Positive (กรุณาตอบข้อ 6.2) ☐ ไม่เคยทำ (กรุณาตอบข้อ 6.2)

6.2 ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่มาฝึก **(รับเฉพาะผลอ่านเท่านั้น)**

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติเล็กน้อย ☐ ไม่เคยทำ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

ลงชื่อ .....

( ) แพทย์ผู้รับรอง

วันที่ ...../...../.....

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

1. ผู้เข้าฝึกกรอกข้อมูล พร้อมแสดงหลักฐาน ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ
2. หากมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม โทรศัพท์ 0-7445-1092

Version : 02/09/63