



ที่ กบ ๐๐๒๓.๒/ว ๑๑๖

สำนักงานส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่นจังหวัด
ศาลากลางจังหวัดกระบี่
๙/๑๐ ถนนอุตรกิจ กบ ๘๑๐๐๐

๒ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง สํารวจความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองคํารบริหารส่วนจังหวัดกระบี่ และนายกเทศมนตรีเมืองกระบี่
สิ่งที่ส่งมาด้วย สํานาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนมาก ที่ มท ๐๘๐๙.๓/ว ๒๗๙๘
ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแจ้งว่า คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษา
ทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ ขอให้สํารวจความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงาน
ตามสัญญาฯ ของส่วนราชการ/หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ
ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๗ ซึ่งส่วนราชการ/หน่วยงาน ต้องมีอัตราว่างและมีตำแหน่ง
ที่สามารถบรรจุทันตแพทย์ที่จะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๗ และปฏิบัติงานตามสัญญาฯ
ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

เพื่อให้การสํารวจข้อมูลดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นทุกแห่งดำเนินการ ดังนี้

๑. บันทึกข้อมูลความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๘ ของส่วนราชการ/หน่วยงานในสังกัด ตามแบบสํารวจข้อมูลที่กำหนด ในรูปแบบไฟล์ Excel

๒. จัดทำข้อมูลรายละเอียด คุณสมบัติของนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาการเป็นนักศึกษา
ทันตแพทย์ ที่มีสิทธิ์เข้าแสดงความจํานงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในตำแหน่งที่ขอรับจัดสรร ประเภท
การจ้างงาน เงินเดือน ความก้าวหน้า ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ/หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องในรูปแบบ
ไฟล์เอกสารหรือไฟล์ word หรือในรูปแบบ Infographic จํานวนไม่เกิน ๑ แผ่น เพื่อประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษา
ทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯทราบ เพื่อประกอบการพิจารณาในการแสดงความจํานงเลือกสถานที่ปฏิบัติงาน ขอใช้ทุน

๓. ให้จัดส่งแบบสํารวจข้อมูลตาม ๑ และข้อมูลรายละเอียดตามข้อ ๒ ไปยังกองบริหาร
ทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สุข ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่
dentreimburse@gmail.com ภายในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗ และจัดส่งข้อมูลดังกล่าวให้สำนักงานส่งเสริม
การปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ที่ hr.dla.krabi@gmail.com โดยใช้ชื่อว่า
แบบสํารวจความต้องการทันตแพทย์ ตามด้วยชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
ดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายสาโรจน์ ไชยมากร)
ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

โทร./โทรสาร ๐-๗๕๖๑-๑๘๙๙

คววมมาก

ที่ มท ๐๘๐๙.๓/ว๒๗๙๙



ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา

เลขที่ ๘๔๙๖

วันที่ ๐๕ มิ.ย. ๒๕๖๗

เวลา

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

สำนักงานส่งเสริมการปกครอง

เลขที่ ๓๗๘๗

วันที่ ๐๕ มิ.ย. ๒๕๖๗

เวลา

๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง สํารวจความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๓ /ว ๖๑๓๕

ลงวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

๒. แบบสำรวจความต้องการทันตแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

จำนวน ๑ ชุด

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่า คณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ ขอให้สำรวจความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ของส่วนราชการ/หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๗ ซึ่งส่วนราชการ/หน่วยงาน ต้องมีอัตราว่างและมีตำแหน่งที่สามารถบรรจุทันตแพทย์ที่จะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๗ และปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ภายในด้วยวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๘

ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ขอความอนุเคราะห์จังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องการทันตแพทย์ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ดำเนินการ ดังนี้

๑. บันทึกข้อมูลความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ตามแบบที่กำหนด พร้อมทั้งส่งเป็นไฟล์ Excel และจัดทำข้อมูลรายละเอียด คุณสมบัติของนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ ที่มีสิทธิ์เข้าแสดงความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ ในตำแหน่งที่ขอรับจัดสรร ประเภทการจ้างงาน เงินเดือน ความก้าวหน้า ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ/หรือ ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องในรูปแบบไฟล์เอกสาร หรือ Infographic จำนวน ๑ แผ่น (one page) เพื่อประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ทราบและประกอบการพิจารณาในการแสดงความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานฯ ใช้ทุน โดยส่งข้อมูลไปยังกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทางไปรษณีย์ อีเล็กทรอนิกส์ที่ dentreimburse@gmail.com ภายในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

๒. รายงานข้อมูลความต้องการนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์
ส่งให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ ภายในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๗
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุรพล เจริญภูมิ)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักพัฒนาระบบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๑๒๒

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

ผู้ประสานงานนางสาวสุรัตน์ รัตนภัทรนันท์ โทร. ๐๖ ๕๗๑๖ ๗๕๙๖



ที่ สธ ๐๒๐๘.๐๓/ว ๖๑๓๕

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง สำรองความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจความต้องการทันตแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์ ขอให้สำรองความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ของส่วนราชการ/หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา ๒๕๖๗ ซึ่งส่วนราชการ/หน่วยงาน ต้องมีอัตราว่าง และมีตำแหน่งที่สามารถบรรจุทันตแพทย์ที่จะสำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา ๒๕๖๗ และปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ภายในวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๘

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอให้ทุกส่วนราชการ/หน่วยงานในสังกัดของท่าน ที่มีความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ดำเนินการ ดังนี้

๑. บันทึกข้อมูลความต้องการทันตแพทย์เพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ของส่วนราชการ/หน่วยงานในสังกัด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย พร้อมทั้งส่งเป็นไฟล์ Excel

๒. จัดทำข้อมูลรายละเอียด คุณสมบัติของนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่มีสิทธิ์เข้าแสดง ความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญาฯ ในตำแหน่งที่ขอรับจัดสรร ประเภทการจ้างงาน เงินเดือน ความก้าวหน้า ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ/หรือ ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบไฟล์เอกสาร หรือ Infographic จำนวน ๑ แผ่น (one page) เพื่อประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ทราบ และประกอบการพิจารณาในการแสดงความจำนงเลือกสถานที่ปฏิบัติงานตามสัญญาฯ โดยส่งข้อมูลกลับไปยัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ dentreimburse@gmail.com ภายในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรรเสริญ นามพรหม)

ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย



<https://moph.cc/wEO2YZfgR>

กองบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๓๔๖

๒๕๖๗

12091

๐๒๕๖๗

๒๕๖๗

๖๓๙๔

๑๙ มิ.ย. ๒๕๖๗

หมายเหตุ

๑. นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาที่จะเข้าสู่กระบวนการแสดงความจำนงและคัดเลือกเพื่อไปปฏิบัติงานตามสัญญาฯ เป็นนักศึกษาทันตแพทย์ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ในระหว่างการคัดเลือก รอบที่ ๑ และ ๒ ยังไม่สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตและไม่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

๒. ระยะเวลาในการดำเนินการคัดเลือกโดยปกติประมาณ ๓๐ วันทำการ และส่งผลการคัดเลือกให้ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ ภายใน ๕ วันทำการ

๓. ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ จะดำเนินการตรวจสอบ และแจ้งคุณสมบัตินักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่ผ่านการคัดเลือกให้ส่วนราชการ/หน่วยงานทราบ ภายในช่วงเดือนพฤษภาคม นักศึกษาทันตแพทย์ที่มีคุณสมบัติครบคือ สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมจึงสามารถไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกได้

กรณีส่วนราชการ/หน่วยงาน ได้คัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาฯ ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ ฝ่ายเลขานุการฯ จะแจ้งออกรายชื่อส่งคืนคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาฯ เพื่อดำเนินการต่อไป

แบบสำรวจความต้องการทันตแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

1. ชื่อส่วนราชการ (ระดับกรมหรือเทียบเท่า).....
2. ข้อมูลจำนวนตำแหน่งที่ต้องการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568
2.1 หน่วยงานการศึกษา (คณะ/อื่น ๆ).....

ลำดับ	ภาควิชา/สาขา/หน่วยกอง/หน่วยสำหรับกอง/ฝ่าย	จังหวัด	ประเภทตำแหน่ง				ชื่อตำแหน่ง	ตำแหน่งเลขที่	อัตราเงินเดือน	จำนวน (อัตรา)
			ชรก	พนักงาน องค์การของรัฐ	พนักงาน มหาวิทยาลัย	อื่น ๆ (ระบุ)				
1										
2										
3										
4										
5										
รวมทั้งสิ้น										

3. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบ/และ website กรณีนักศึกษาฯ ประสงค์ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานการจัดสรร/คัดเลือกฯ

- 3.1 ชื่อ-นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
 สถานที่ทำงาน (กรม/กอง/ฝ่าย).....
 เบอร์มือถือ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

Email : LINE ID

- 3.2 ชื่อ Website ของแผนก/หน่วยงาน/ส่วนราชการ

ช่องทางการติดต่อสื่อสาร



ไลน์กลุ่มผู้รับผิดชอบหน่วยงานคัดเลือกทันตแพทย์ผู้สำัญญาฯ

*** รบกวนผู้รับผิดชอบแอดไลน์ด้วยนะคะ

เพื่อใช้เป็นช่องทางการติดต่อระหว่างหน่วยงาน