

ด่วนที่สุด

ที่ พร ๐๐๓๒/ ๐ ๒๖๖๕



ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร ๕๕๐๐๐

๘

กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง การรับสมัครคัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมก่อนการสอบคัดเลือก โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One District One Doctor : ODOD) จังหวัดแพร่ ปีการศึกษา ๒๕๕๘

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ, ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๓๗ (แพร่ - น่าน), ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมศึกษาที่เปิดสอนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ทุกแห่งในจังหวัดแพร่, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง, สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ประกาศจังหวัดแพร่ เรื่อง การรับสมัครคัดเลือกนักเรียนฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. ใบสมัครสอบเพื่อคัดเลือกนักเรียนฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๓. หนังสือรับรองจากผู้บริหารโรงเรียน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๔. หนังสือรับรองรายได้ผู้ปกครอง | จำนวน ๑ ฉบับ |

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One District One Doctor : ODOD) ให้แก่นักเรียนในเขตพัฒนาภาคเหนือ ๘ จังหวัด ซึ่งในปีการศึกษา ๒๕๕๘ จังหวัดแพร่ได้รับจัดสรรโควตาส่งนักเรียนเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน ๓ ทุน นั้น

ในการนี้ จังหวัดแพร่โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การรับสมัครคัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมก่อนการสอบคัดเลือก โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One District One Doctor : ODOD) จังหวัดแพร่ ปีการศึกษา ๒๕๕๘ รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางชุม รัตนินิตย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด รักษาการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๕๔๕๑ ๑๑๔๕ ต่อ ๒๐๙

โทรสาร. ๐ ๕๔๕๒ ๑๓๘๓



ประกาศจังหวัดแพร่

เรื่อง การรับสมัครคัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมก่อนการสอบคัดเลือก โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) จังหวัดแพร่ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

ด้วย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One District One Doctor : ODOD) ให้แก่นักเรียนในเขตพัฒนาภาคเหนือ ๘ จังหวัด คือ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา ลำพูน และแม่ฮ่องสอน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบท และปฏิบัติงานในชนบทที่เป็นภูมิลำเนาของแพทย์ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทระยะยาว และยังสร้างโอกาสทางการศึกษาให้กับนักเรียนในชนบทในการเข้าศึกษาแพทย์ หรือได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีโอกาสในการศึกษาที่สูงขึ้น ซึ่งปีการศึกษา ๒๕๕๙ จังหวัดแพร่ได้รับจัดสรรโควตาส่งนักเรียนเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) จำนวน ๓ ทุน โดยจะต้องสมัครสอบผ่านระบบโควตาภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเลือกโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๓๗ (แพร่-น่าน) จึงได้ดำเนินการรับสมัครและคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าร่วมโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างโอกาสให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ในพื้นที่จังหวัดแพร่ที่สนใจวิชาชีพแพทย์ได้มีโอกาสเข้ารับการพัฒนาความพร้อมก่อนการสอบคัดเลือกโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ตามโควตาที่ได้รับการจัดสรร

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติทั่วไปและมีคุณสมบัติเฉพาะ ตามเกณฑ์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

๒.๒ เป็นนักเรียนที่กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ แผนการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ โดยไม่รับนักเรียนจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน (กศน.)

๒.๓ มีสัญชาติไทย

๒.๔ มีที่อยู่ปัจจุบันนอกเขตอำเภอเมืองของจังหวัดแพร่ ไม่น้อยกว่า ๓ ปีติดต่อกันตามหลักฐานทะเบียนบ้าน หรือบิดา หรือมารดา ต้องมีทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตอำเภอเมืองของจังหวัดแพร่ ไม่น้อยกว่า ๕ ปี ติดต่อกันนับถึงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๘ (กรณีศึกษาในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง และมีหลักฐานทะเบียนบ้านในเขตเมือง

ต้องใช้ ...

ต้องใช้หลักฐานสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา หรือ มารดาเป็นหลัก และจะต้องสมัครในอำเภอที่บิดา หรือมารดา มีสำเนาทะเบียนบ้านอยู่ไม่น้อยกว่า ๕ ปี)

๒.๕ มีคะแนนสะสมเฉลี่ยในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ และ ๕ (๔ ภาคเรียน) ไม่ต่ำกว่า ๓.๒๕

๒.๖ มีหนังสือรับรองจากผู้บริหารโรงเรียนที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ ตามแบบฟอร์มที่แนบท้ายใบสมัคร

๓. หลักฐานประกอบการสมัคร

๓.๑ ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ

๓.๒ ใบรายงานแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.๑) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ และ ๕ จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร จำนวน ๑ ชุด

๓.๔ สำเนาทะเบียนของผู้สมัคร จำนวน ๑ ชุด

๓.๕ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา หรือมารดา จำนวน ๑ ชุด

๓.๖ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป

๓.๗ หนังสือรับรองจากโรงเรียน ที่นักเรียนกำลังเรียนอยู่ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)

๓.๘ เอกสารรับรองรายได้ของครอบครัวจากผู้บังคับบัญชา หรือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ตามแบบฟอร์ม กยศ.)

๓.๙ เกียรติบัตรความสามารถทั่วไปและเกียรติบัตรวิทยาศาสตร์, คณิตศาสตร์, อังกฤษ (ถ้ามี)

๓.๑๐ เกียรติบัตรคุณงามความดี (ถ้ามี)

สำเนาเอกสารทุกฉบับให้รับรองสำเนาว่าถ่ายจากเอกสารฉบับจริงทุกฉบับ

๔. กลุ่มเป้าหมายนักเรียนที่จะเข้าร่วมโครงการ

๔.๑ คัดเลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ แผนการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ ที่สมัครและเข้ารับการคัดเลือกในเขตพื้นที่เขตการศึกษาของจังหวัดแพร่ จำนวน ๙๐ คน โดยคัดจากนักเรียนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอนั้นๆ ซึ่งมีผลการเรียนดี ขาดทุนทรัพย์ มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพแพทย์ มีความกตัญญูกตเวที มีเมตตา เสียสละ ร่วมกิจกรรมของโรงเรียนและชุมชนตลอด โดยคณะกรรมการระดับอำเภอที่ได้รับแต่งตั้งเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มนักเรียนเฉพาะพื้นที่ดังกล่าว ในวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ณ โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๔.๒ คัดเลือกนักเรียนจากข้อ ๔.๑ ให้เหลือจำนวน ๙ คน โดยวิธีการสอบข้อเขียน ในวันเสาร์ ที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๕๘ ณ โรงเรียนนาริรัตน์จังหวัดแพร่

๕. การสมัครคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ

๕.๑ ขั้นตอนที่ ๑ การรับสมัครนักเรียนเข้าร่วมโครงการ

๕.๑.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๓๗ (แพร่-น่าน) ประชาสัมพันธ์โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)

๕.๑.๒ โรงเรียนประจำอำเภอในจังหวัดแพร่ ดำเนินการรับสมัครนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ แผนการเรียนวิทยาศาสตร์ - คณิตศาสตร์ พร้อมตรวจสอบคุณสมบัติ ระหว่างวันที่ ๙ - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ณ ศูนย์รับสมัคร ดังนี้

อำเภอ	ศูนย์รับสมัคร	หมายเหตุ
ลอง	โรงเรียนลองวิทยา	ผู้สมัครสอบต้องมีภูมิลำเนาในอำเภอ
วังชิ้น	โรงเรียนวังชิ้นวิทยา	ที่สมัครไม่น้อยกว่า ๓ ปี หรือ มีภูมิลำเนา
สูงเม่น	โรงเรียนสูงเม่นชนูปถัมภ์	บิดา หรือมารดา อยู่ในอำเภอที่จะสมัคร
เด่นชัย	โรงเรียนวิไลเกียรติอุปถัมภ์	สอบ ไม่น้อยกว่า ๕ ปี หากตรวจสอบ
สอง	โรงเรียนสองพิทยาคม	ภายหลังพบว่าหลักฐานไม่ตรงกับความจริง
ร้องกวาง	โรงเรียนร้องกวางอนุสรณ์	เป็นจริง ให้ถือว่าผลสอบของผู้สมัครสอบ
หนองม่วงไข่	โรงเรียนม่วงไข่พิทยาคม	นั้นเป็นโมฆะหมดสิทธิ์ในการเข้าสอบ

๕.๑.๓ โรงเรียนรวบรวมใบสมัครส่งให้ โรงพยาบาลประจำอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อจัดทำข้อมูลเสนอให้คณะกรรมการระดับอำเภอที่ได้รับแต่งตั้ง และดำเนินการคัดเลือกนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามที่ระบุคุณสมบัติผู้สมัคร ซึ่งเรียนอยู่ในพื้นที่อำเภอนั้นๆ ในวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๘

๕.๑.๔ แจ้งรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกในระดับอำเภอ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๘

๕.๑.๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกในระดับอำเภอ และมีสิทธิ์เข้ารับการสอบข้อเขียนเพื่อคัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ก่อนการสอบคัดเลือก สำหรับโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ในวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ www.pro.moph.go.th

๕.๒ ขั้นตอนที่ ๒ การคัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)

๕.๒.๑ สอบข้อเขียน เพื่อคัดเลือกนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ก่อนการสอบคัดเลือก สำหรับโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ในวันเสาร์ ที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๕๘ ณ โรงเรียนนาริรัตน์จังหวัดแพร่

๕.๒.๒ ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ก่อนการสอบโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ จำนวน ๙ คน ในวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ www.pro.moph.go.th

๕.๒.๓ นักเรียนที่ผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ก่อนการสอบคัดเลือก สำหรับโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ จำนวน ๙ คน จะต้องมารายงานตัว เพื่อยืนยันสิทธิ์ และจัดทำสัญญาในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ก่อนการสอบโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

๕.๓ ขั้นตอนที่ ๓

นักเรียนที่มีสิทธิ์สมัครสอบคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ก่อนการสอบคัดเลือก สำหรับโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ จำนวน ๙ คน จะต้องสมัครสอบคัดเลือกประเภทโควตาภาคเหนือ ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โครงการกระจายแพทย์ หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ทาง www.reg.cmu.ac.th ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๘

๕.๔ ขั้นตอน ...

๕.๔ ขั้นตอนที่ ๔

นักเรียนที่มีสิทธิ์สมัครสอบคัดเลือกเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพก่อนการสอบคัดเลือก สำหรับโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ จำนวน ๙ คน จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมเข้าค่ายเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพก่อนการสอบคัดเลือก ในวันที่ ๑ - ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๘ ณ โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย จังหวัดลำปาง

๖. เงื่อนไขการเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อม

๖.๑ การเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อม ไม่ใช่การได้สิทธิ์รับเลือกเข้าศึกษาตามโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) แต่เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้มีความรู้ความสามารถทางวิชาการที่สูงขึ้นตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว

๖.๒ กรณีผ่านการคัดเลือกและร่วมกิจกรรมครบถ้วนแล้ว จะต้องสมัครสอบคัดเลือกประเภทโควตาภาคเหนือ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)

๖.๓ กรณีผู้ผ่านการคัดเลือกและร่วมกิจกรรมค่ายเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ณ โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย จังหวัดลำปาง แต่ไม่เข้าสอบต้องขอใช้เงิน เป็นจำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

๖.๔ กรณีสอบได้ในโควตาโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) แล้วแต่ไม่เข้าศึกษาต้องขอใช้เงิน เป็นจำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

๖.๕ ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกและเข้าร่วมกิจกรรมค่ายเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพ ณ โรงเรียนบุญวาทย์วิทยาลัย จังหวัดลำปาง จัดทำสัญญาตามเงื่อนไขการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ

๗. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ใช้คะแนนจากการสอบคัดเลือกนักเรียนในเขตพัฒนาภาคเหนือเพื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โดยใช้รายวิชาของรหัส ๐๐๑ คณะแพทยศาสตร์ ได้แก่ วิชา ๐๑ ภาษาไทย, ๐๒ สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม, ๐๓ ภาษาอังกฤษ, ๐๔ วิทยาศาสตร์ ๑, ๐๕ คณิตศาสตร์ ๑ และผู้ที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) แล้วจะไม่ถูกนำไปพิจารณาในรหัส ๐๐๑ คณะแพทยศาสตร์ โควตาภาคเหนือ

๘. จำนวนรับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จำนวนไม่เกิน ๓๖ ทุน ถ้าไม่ครบตามจำนวน จะยกยอดไปรวมกับโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (เชียงใหม่ ๘ ทุน, เชียงราย ๘ ทุน, ลำปาง ๕ ทุน, น่าน ๕ ทุน, แพร่ ๓ ทุน, พะเยา ๓ ทุน, ลำพูน ๒ ทุน และแม่ฮ่องสอน ๒ ทุน) รายละเอียดตามตารางแยกจำนวนโควตา ดังนี้

จังหวัด	โครงการผลิตแพทย์เพิ่ม เพื่อชาวชนบท (CPORD)	โครงการกระจายแพทย์ หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)	รวม
เชียงใหม่	๑๕	๘*	๒๓
เชียงราย	๑๓	๘*	๒๑
ลำปาง	๙	๕*	๑๔
น่าน	๘	๕*	๑๓
แพร่	๓	๓*	๖
พะเยา	๓	๓*	๖
ลำพูน	๓	๒*	๕
แม่ฮ่องสอน	๓	๒*	๕
รวม	๕๗	๓๖	๙๓

หมายเหตุ : จำนวนแต่ละจังหวัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงหากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์

๙. การประกาศผลสอบ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะประกาศผลการสอบของผู้ได้รับคัดเลือกเข้าโครงการพร้อมกับการประกาศผลการสอบข้อเขียน การสอบคัดเลือกนักเรียนในเขตพัฒนาภาคเหนือ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

๑๐. การสอบสัมภาษณ์ ทดสอบความพร้อมและตรวจร่างกาย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะดำเนินการสอบสัมภาษณ์ ผู้สอบผ่านข้อเขียนพร้อมกับการสอบสัมภาษณ์ ผู้สอบผ่านข้อเขียนในรหัส ๐๐๑ คณะแพทยศาสตร์ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๙ และทดสอบความพร้อม ตรวจร่างกายที่คณะแพทยศาสตร์ตามที่คณะฯ กำหนด พร้อมทั้งยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา

๑๑. เกณฑ์การตัดสิน

๑๑.๑ มีสุขภาพจิตและกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการทดสอบความพร้อมและตรวจร่างกาย

๑๑.๒ ผ่านเกณฑ์การสอบสัมภาษณ์ของคณะกรรมการอย่างเป็นเอกฉันท์

๑๑.๓ ใช้คะแนนจากการสอบคัดเลือกนักเรียนในเขตพัฒนาภาคเหนือ เพื่อเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ รายวิชารหัส ๐๐๑ ได้แก่ วิชา ๐๑ ภาษาไทย, ๐๒ สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม, ๐๓ ภาษาอังกฤษ, ๐๔ วิทยาศาสตร์ ๑, ๐๕ คณิตศาสตร์ ๑ โดยคะแนนที่ได้จะต้องไม่น้อยกว่า ๓๐๐ คะแนน โดยแต่ละรายวิชาต้องผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำร้อยละ ๓๐ ยกเว้นวิชา ๐๓ ภาษาอังกฤษ ต้องผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ร้อยละ ๔๐ ของผู้ที่ผ่านเกณฑ์ในข้อ ๑๑.๑ และ ๑๑.๒ โดยเรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย

๑๑.๔ นอกเหนือจากนี้ ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการคัดเลือกและสอบสัมภาษณ์ และคณะกรรมการบริหารประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การตัดสินของคณะกรรมการทุกขั้นตอนถือเป็นที่สุด หากมีข้อสงสัยให้ยื่นคำร้องต่อคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์

๑๒. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จะดำเนินการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอ หนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา ๒๕๕๙ พร้อมกับประกาศผลการสอบครั้งสุดท้าย วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ และ ประกาศผลสอบพร้อมโควตาภาคเหนือ

๑๓. เงื่อนไขการศึกษา

๑๓.๑ ผู้ที่สอบคัดเลือกเข้าศึกษาโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) จะเข้าศึกษาชั้นปีที่ ๑ - ๓ ที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และฝึกปฏิบัติงานเรียนรู้ในชั้นปีที่ ๔ - ๖ ที่ โรงพยาบาลลำปาง

๑๓.๒ ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับทุนการศึกษาเป็นเงินสนับสนุนค่าธรรมเนียมการศึกษาตามอัตราที่จ่ายจริง ไม่เกินปีละ ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) และเงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการยังชีพ สำหรับเป็นค่าเช่าหอพัก ตามที่จ่ายจริง ไม่เกินเดือนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) และค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล เดือนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ตลอดระยะเวลาการศึกษา ๖ ปี

๑๔. เงื่อนไขหลังสำเร็จการศึกษา

๑๔.๑ สามารถเป็นคู่สัญญากับกระทรวงสาธารณสุขเมื่อจบแล้วต้องออกปฏิบัติงานชดใช้ทุนภายหลังสำเร็จ การศึกษาเป็นเวลา ๑๒ ปี (สิบสองปี) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือหากไม่ปฏิบัติตามสัญญาจะต้องชดใช้ ทุนเป็นเงินจำนวน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน)

๑๔.๒ ผู้รับทุนจะได้รับอนุญาตให้ลาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในระหว่างปฏิบัติงานชดใช้ทุน โดยหลังฝึกอบรมให้ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นต้นสังกัด และระยะเวลาในการฝึกอบรม ไม่นับรวมเป็น ระยะเวลาในการชดใช้ทุน ตามเงื่อนไขเวลาและในสาขาวิชา ดังนี้

๑๔.๒.๑ ผู้ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบ ๔ ปี สามารถลาฝึกอบรมในสาขาเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก และ เวชศาสตร์ครอบครัว

๑๔.๒.๒ ผู้ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบ ๕ ปี สามารถลาฝึกอบรมในสาขาศัลยศาสตร์และสาขาศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์

๑๔.๒.๓ ผู้ปฏิบัติงานชดใช้ทุนครบ ๖ ปี สามารถลาฝึกอบรมในสาขาอายุรศาสตร์ สูติศาสตร์ นรีวิทยา และกุมารเวชศาสตร์

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



(นางชุสม รัตนินิตย์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด รักษาการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่

ใบปะหน้า

การตรวจสอบเอกสารประกอบการสมัครสอบคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าค่ายเตรียมความพร้อม
สำหรับโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา 2559
ของจังหวัดแพร่

ชื่อ - สกุล ผู้สมัคร (นาย/นางสาว)

โรงเรียน..... ภูมิลำเนา

- ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
- ใบรายงานแสดงผลการเรียนรู้ (ปพ.1) ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5
มีคะแนนสะสมเฉลี่ยทุกกลุ่มสาระไม่ต่ำกว่า 3.25 จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร จำนวน 1 ชุด
- สำเนาทะเบียน ของผู้สมัคร จำนวน 1 ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา หรือมารดา จำนวน 1 ชุด
- รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
- หนังสือรับรองจากโรงเรียน ที่นักเรียนกำลังเรียนอยู่ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)
- เอกสารรับรองรายได้ของครอบครัวจากผู้บังคับบัญชา หรือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
(ตามแบบฟอร์ม กยศ.)
- เกียรติบัตรความสามารถทั่วไปและเกียรติบัตรวิทยาศาสตร์, คณิตศาสตร์, อังกฤษ (ถ้ามี)
- เกียรติบัตรคุณงามความดี (ถ้ามี)

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบข้อมูล/ผู้รับสมัคร
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่



รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว
หน้าตรง

ใบสมัครเลขที่.....

ใบสมัครสอบคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าค่ายเตรียมความพร้อมสำหรับ
โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ประจำปีการศึกษา 2559

1. ประวัติส่วนตัว

- 1.1 ชื่อ นาย/นางสาว..... นามสกุล.....
(ชื่อภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่).....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
- 1.2 การศึกษา กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียน.....
จังหวัด.....
- 1.3 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี
สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
- 1.4 ภูมิลำเนาเกิด ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
- 1.5 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail
- 1.6 สถานที่ติดต่อได้รวดเร็วระหว่างสมัครคัดเลือกและรอฟังผล บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail

- 1.7 มีพี่น้องร่วมบิดามารดา (รวมผู้สมัคร)..... คน ผู้สมัครเป็นบุตรคนที่.....
- 1.8 สถานภาพทางครอบครัว
☐ อยู่กับบิดา-มารดา
☐ อยู่กับบิดา
☐ อยู่กับมารดา
☐ อยู่กับผู้ปกครองโดยชอบธรรม
- 1.9 บิดาชื่อ..... นามสกุล.....
☐ มีชีวิตอยู่ อายุ..... ปี ☐ ถึงแก่กรรม ☐ ขาดการติดต่อ
 สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา..... อาชีพ.....
 วุฒิกการศึกษาสูงสุด..... สถานที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์..... รายได้เดือนละ..... บาท
- 1.10 มารดาชื่อ..... นามสกุล.....
☐ มีชีวิตอยู่ อายุ..... ปี ☐ ถึงแก่กรรม ☐ ขาดการติดต่อ
 สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา..... อาชีพ.....
 วุฒิกการศึกษาสูงสุด..... สถานที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์..... รายได้เดือนละ..... บาท
- 1.11 กรณีบิดา – มารดา มีชีวิตอยู่ บิดา – มารดา ☐ อยู่ร่วมกัน ☐ แยกกัน
- 1.12 กรณีอยู่กับผู้ปกครอง (โดยชอบธรรม)
 ผู้ปกครองชื่อ..... นามสกุล.....
 สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา..... อาชีพ.....
 วุฒิกการศึกษาสูงสุด..... สถานที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์..... รายได้เดือนละ..... บาท
2. คะแนนสะสมเฉลี่ยในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 =..... ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 =.....
 เฉลี่ยชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 =.....
 (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 แต่ละชั้นปีไม่ต่ำกว่า 3.25 โปรดระบุให้ชัดเจน)
- พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้
- ☐ 1. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
- ☐ 2. สำเนาใบประเมินแสดงผลการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 จำนวน 1 ชุด
 (พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ 3. ระเบียบสะสมผลงาน บันทึกคุณงามความดีและสำเนาหลักฐานใบเกียรติบัตรที่เคยได้รับ(พร้อมลงนามรับรอง
 สำเนาถูกต้อง)

- () 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร บิดาและมารดา 1 ชุด (พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
- () 5. สำเนาทะเบียนบ้านที่แสดงภูมิลำเนาตามระเบียบประกาศของผู้สมัคร บิดาและมารดา 1 ชุด (พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
- () 6. รูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว หน้าตรงไม่สวมหมวกและแว่นตาคำ ถ่ายไม่เกิน 6 เดือนจำนวน 2 รูป
(สำหรับผู้สมัครติดลงในใบสมัคร 1 รูป อีก 1 รูปแนบมาพร้อมใบสมัครเขียนชื่อ-สกุลด้านหลังให้เรียบร้อย)
- () 7. เอกสารรับรองรายได้ของครอบครัวตามเกณฑ์กยศ.

*หมายเหตุ : ฐานะทางครอบครัว หมายถึง รายได้ของบิดา-มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรม

ข้าพเจ้าได้ศึกษาประกาศจังหวัดแพร่ การรับสมัครนักเรียนเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมโครงการกระจายแพทย์
หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ปีการศึกษา 2559 รายละเอียดเงื่อนไขอื่นๆ จนเป็นที่เข้าใจดีแล้ว ขอรับรองว่าข้าพเจ้า
เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามประกาศรับสมัคร และได้ส่งหลักฐานต่างๆ ตามที่ข้าพเจ้าได้อ้างอิงไว้ครบถ้วนแล้ว
หากหลักฐานต่างๆ ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์ในการสมัครเข้าศึกษาตามโครงการรับสมัครคัดเลือก
ของ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2559

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงเรียนได้ตรวจสอบคุณสมบัติและหลักฐานต่างๆ ตามที่ (นาย/นางสาว).....
ได้อ้างอิงไว้แล้ว ขอรับรองว่าเป็นความจริง

(.....)

(.....)

ครูแนะแนว หรือเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบ
เบอร์โทรศัพท์.....

(.....)

(.....)

ผู้อำนวยการโรงเรียน

หนังสือรับรองของผู้อำนวยการโรงเรียน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวตำแหน่ง.....

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

ขอรับรองว่า นาย/นางสาว.....

ผู้สมัครในโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลลำปาง มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 แผนการเรียน วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ ในปีการศึกษา 2558 โรงเรียน.....
2. มีคะแนนเฉลี่ยในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 แต่ละชั้นปีไม่ต่ำกว่า 3.25
3. ที่อยู่ตามหลักฐานทะเบียนบ้าน (อย่างน้อยหนึ่งข้อ)
 - () นักเรียนมีทะเบียนบ้านอยู่นอกอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ไม่น้อยกว่า 3 ปีติดต่อกัน นับถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2558
 - () บิดา มีทะเบียนบ้านอยู่นอกอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ไม่น้อยกว่า 5 ปีติดต่อกัน นับถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2558
 - () มารดา มีทะเบียนบ้านอยู่นอกอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ไม่น้อยกว่า 5 ปีติดต่อกัน นับถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2558
4. มีความประพฤติเรียบร้อย และมีคุณธรรม จริยธรรม เหมาะสมในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์
5. โรงเรียนขอรับรองว่าเอกสารของผู้สมัครถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ประทับตราโรงเรียน)

หนังสือรับรองรายได้ของครอบครัว

วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ต.รอก / ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

ขอรับรองว่า บิดาของ ☐ ถึงแก่กรรม ☐ ยังมีชีวิตอยู่

ประกอบอาชีพ สถานที่ทำงาน

เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย..... ถนน.....

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... มีรายได้ปีละ..... บาท

มารดาของ ☐ ถึงแก่กรรม ☐ ยังมีชีวิตอยู่

ประกอบอาชีพ สถานที่ทำงาน

เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย..... ถนน.....

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... มีรายได้ปีละ..... บาท

ผู้ปกครอง (ที่มีใช้บิดา - มารดา) ของ ☐ ถึงแก่กรรม ☐ ยังมีชีวิตอยู่

ประกอบอาชีพ สถานที่ทำงาน

เลขที่..... หมู่ที่..... ต.รอก / ซอย..... ถนน.....

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... มีรายได้ปีละ..... บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง หากปรากฏภายหลังว่าได้มีการรับรองข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบต่อความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ 1. การรับรองรายได้ของครอบครัว ให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้รับรอง

- 1). ข้าราชการระดับ 5 ขึ้นไป หรือตำแหน่งเทียบเท่า หรือ
- 2) ผู้บริหารสถาบันการศึกษา หรือ
- 3) ผู้ปกครองท้องถิ่นระดับผู้ใหญ่บ้านขึ้นไป

2. ให้แนบบัตรประจำตัวผู้รับรอง