



ประกาศคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณแผ่นดิน
คณะพยาบาลศาสตร์ ตำแหน่งอาจารย์

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะรับสมัครคัดเลือกบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณแผ่นดิน ตำแหน่งอาจารย์ จำนวน ๑๗ อัตรา สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการรับสมัครและคัดเลือก ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่จะดำเนินการคัดเลือก

อาจารย์

๒. คุณสมบัติทั่วไป

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์

๒. เป็นผู้เลื่อมใสในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรง

เป็นประมุข

๓. ไม่เป็นผู้ถูกฟ้องร้องดำเนินคดีกรณีผิดสัญญากู้ยืมเงินจากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อ

การศึกษา

๓. คุณสมบัติลักษณะต้องห้าม

๑. เป็นผู้ดำรงตำแหน่งข้าราชการการเมือง

๒. เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ เป็นคนเสมือนไร้ความสามารถหรือเป็นโรคตามที่ ก.บ.ม. กำหนด

๓. เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักงาน หรือถูกสั่งให้ออกจากงานไว้ก่อนตามข้อบังคับมหาวิทยาลัย หรือตามกฎหมายอื่น

๔. เป็นผู้บกพร่องในศีลธรรมอันดี

๕. เป็นกรรมการบริหารพรรคการเมืองหรือเจ้าหน้าที่ในพรรคการเมือง

๖. เป็นบุคคลล้มละลาย

๗. เคยถูกจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

๘. เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

๙. เคยถูกลงโทษให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากงาน เพราะทำผิดวินัยตามข้อบังคับ มหาวิทยาลัย หรือกฎหมายอื่น

๑๐. เป็นผู้เคยกระทำการทุจริตในการสอบเข้ารับราชการหรือเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ

๔. คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาทางการแพทย์พยาบาลหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์พยาบาล และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ หรือสาขาที่สัมพันธ์กัน หากมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาอื่นต้องมีตำแหน่งทางวิชาการระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ทางการแพทย์พยาบาล เป็นอย่างน้อย โดยต้องมีคุณวุฒิปริญญาตรีทางการแพทย์พยาบาลและการผดุงครรภ์

หมายเหตุ ทุกคุณวุฒิจะต้องสำเร็จการศึกษาหลักสูตรที่สภาการพยาบาลให้ความเห็นชอบ กรณีสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศต้องได้รับการรับรองจากสำนักงาน กพ.

๒. กรณีผู้สมัครมิได้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศจะต้องมีคะแนนทดสอบภาษาอังกฤษ PSU-TEP หรือคะแนนภาษาอังกฤษอย่างอื่นที่เทียบได้ เช่น TOEFL, IELTS, TOEIC โดยคะแนนภาษาอังกฤษต้องมีอายุไม่เกิน ๒ ปี นับแต่วันที่ได้รับผลการรับรองคะแนนภาษาอังกฤษ

๓. มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง หรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ที่ไม่หมดอายุ

๔. กรณีสมัครเป็นอาจารย์สอนด้านการพยาบาล ทารก และการผดุงครรภ์ จะต้อง มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

๕. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาล ไม่น้อยกว่า ๒ ปี

๖. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การสอนทางการแพทย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลมาแล้ว ไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๕. อัตราค่าจ้าง และค่าตอบแทนอื่น ๆ

๑. อัตราค่าจ้างเดือนละ ๓๑,๕๐๐ บาท

๒. เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พตส.) เดือนละ ๑,๕๐๐ บาท

๓. ค่าตอบแทนอื่น ๆ ตามที่ส่วนงานกำหนด

๖. กำหนดวันรับสมัคร สถานที่รับสมัคร และกำหนดวันประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

๖.๑ กำหนดวันรับสมัคร

ผู้สนใจสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการโดย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะกำหนดวันประกาศรายชื่อเพื่อดำเนินการคัดเลือกทาง

<http://www.nur.psu.ac.th>

๖.๒ สถานที่รับสมัคร

ผู้สนใจยื่นใบสมัคร หรือส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ณ สถานที่ ดังนี้

- หน่วยบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐ โทร ๐๗๔-๒๘๖๔๒๕,
๐๗๔-๒๘๖๕๘๑ โทรสาร ๐๗๔-๒๘๖๔๒๑ ชั้น ๑ อาคารทองใบ ปุณยานันต์

- งานประสานงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ชั้น ๑๑ อาคารสำนักงาน

คณะกรรมการการอุดมศึกษา ถนนศรีอยุธยา เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๗. สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ เช่น

๑. กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

๒. กองทุนพนักงานมหาวิทยาลัย

๓. เงินค่าชดเชย

๔. ค่าเล่าเรียนบุตรเบิกได้ตามสิทธิเหมือนข้าราชการตามระเบียบที่กระทรวงการคลัง

กำหนด

๕. สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

๖. สวัสดิการเงินยืมของคณะ/มหาวิทยาลัย

๗. สวัสดิการกู้เงิน

๗. ที่พักอาศัย

๘. สิทธิในการเข้ารับคัดเลือกเป็นบุคลากรดีเด่น ได้รับการเชิดชูเกียรติเช่นเดียวกับ

ข้าราชการ เป็นต้น

สามารถดูรายละเอียดได้จาก www.personnel.psu.ac.th

๘. เอกสารและหลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาปริญญาบัตร ทุกระดับ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. สำเนาหนังสือรับรองสำเร็จการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

๓. สำเนาใบรับรองผลการศึกษา (Transcript) ทุกระดับ จำนวน ๑ ฉบับ

๔. เอกสารรับรองผลคะแนนภาษาอังกฤษ

(กรณีมิได้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ) จำนวน ๑ ฉบับ

๕. หนังสือรับรองประสบการณ์ทางการพยาบาลอย่างน้อย ๒ ปี จำนวน ๑ ฉบับ

๖. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง หรือ
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง ที่ไม่หมดอายุ จำนวน ๑ ฉบับ

๗. ใบรับรองแพทย์การตรวจสุขภาพร่างกาย ออกให้ไม่เกิน ๑ เดือน จำนวน ๑ ฉบับ
(แบบฟอร์มตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด)

๘. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้ผ่านการเกณฑ์ทหาร หรือได้รับการยกเว้นการเกณฑ์ทหาร
พร้อมสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ (กรณีผู้สมัครเป็นเพศชาย)

๙. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๑๐. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน อย่างละ ๑ ฉบับ

๑๑. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น สำเนาทะเบียนสมรส สำเนาใบเปลี่ยนชื่อตัว-สกุล ฯลฯ
อย่างละ ๑ ฉบับ

๙. วิธีการคัดเลือกโดยวิธีสอบสอนและสอบสัมภาษณ์

๑. วิธีการคัดเลือก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะดำเนินการคัดเลือกโดยการสอบสอนและสอบสัมภาษณ์ และให้นำเสนอผลงานด้วยโปรแกรม Power Point สำหรับข้อมูลที่น่าสนใจให้ผู้เข้ารับการคัดเลือกบันทึกข้อมูลลงใน Handy Drive

๒. ลักษณะผลงานที่ใช้นำเสนอ

๒.๑ ผลงานวิชาการ หรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ใช้เวลาในการนำเสนอผลงานประมาณ ๕ นาที และ

๒.๒ แผนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่ผู้สมัครมีความถนัด ๑ หัวข้อ ใช้เวลาในการนำเสนอประมาณ ๕ นาที

๑๐. เงื่อนไขการจ้าง

๑. เมื่อได้รับการบรรจุ ผู้ผ่านการคัดเลือกจะต้องเข้ารับการตรวจทางจิตวิทยาภายใน ๔ เดือน นับตั้งแต่วันที่ได้รับการจ้างเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณแผ่นดิน โดยให้ตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐและใช้แบบฟอร์มการตรวจตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

๒. ผู้ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณแผ่นดิน ต้องทดลองปฏิบัติงานเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

Digitally signed: 2026.03.08 19:35:39 +07:00

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธมา กิจรุ่งโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



เลขที่.....

ใบสมัครคัดเลือกพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่ง.....

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

คณะ/หน่วยงานที่สมัคร

เงินเดือนที่ต้องการ บาท ลักษณะงาน Full Time Part Time

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน

ชื่อนามสกุล

เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ

2. สถานที่ติดต่อได้สะดวก

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอจังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ E-mail

3. วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี วุฒิการศึกษา สาขาวิชา

สถาบันการศึกษา สำเร็จ พ.ศ.

เกรดเฉลี่ย

ปริญญาโท วุฒิการศึกษา สาขาวิชา

สถาบันการศึกษา สำเร็จ พ.ศ.

เกรดเฉลี่ย

ปริญญาเอก วุฒิการศึกษา สาขาวิชา

สถาบันการศึกษา สำเร็จ พ.ศ.

เกรดเฉลี่ย

อื่นๆ วุฒิการศึกษา สาขาวิชา

สถาบันการศึกษา สำเร็จ พ.ศ.

เกรดเฉลี่ย

4. ประวัติการทำงาน เรียงตามลำดับครั้งสุดท้ายไปหาครั้งแรก

- สถานที่ทำงานครั้งสุดท้าย
ตำแหน่ง
ตั้งแต่เดือน ปี ถึงเดือน ปี เงินเดือน บาท
สาเหตุที่ออก
- สถานที่ทำงาน
ตำแหน่ง
ตั้งแต่เดือน ปี ถึงเดือน ปี เงินเดือน บาท
สาเหตุที่ออก
- สถานที่ทำงาน
ตำแหน่ง
ตั้งแต่เดือน ปี ถึงเดือน ปี เงินเดือน บาท
สาเหตุที่ออก

5. ภาษา

| | พูด | อ่าน | เขียน |
|-----------------|---|---|---|
| ภาษาอังกฤษ | <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ | <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ | <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ |
| ภาษาอื่น ๆ ระบุ | <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ | <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ | <input type="checkbox"/> ดีมาก <input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> พอใช้ |

6. ความรู้ทางคอมพิวเตอร์ ระบุ

.....
.....

7. ผลงานทางวิชาการ ระบุ

.....
.....

8. ประสบการณ์พิเศษอื่น ๆ ระบุ

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

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

หมายเหตุ กรอกข้อมูลให้ได้รายละเอียดมากที่สุด เพื่อประโยชน์ของตนเอง และสามารถแนบประวัติและเอกสารอื่น ๆ
เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาตัวท่านเพิ่มเติมพร้อมกับใบสมัครได้

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่.....

เลขที่.....

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประชาชน.....ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี(ระบุ).....
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี(ระบุ).....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี(ระบุ).....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....(๒)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14 สิงหาคม 2551