



## คำรับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคม

ข้าพเจ้า.....  สมาชิก ฉกส.สสจ.นพ.เลขที่.....  
 กรรมการ ฉกส.สสจ.นพ.เลขที่.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของ ฉกส.สสจ.นพ.ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง  
 (.....)



### สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมฉกส.สสจ.นพ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

### สำหรับคณะกรรมการ

คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ. ตั้งแต่วันที่.....  
 (คราวประชุมเมื่อวันที่).....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....  
 เป็นสมาชิกสมบูรณ์เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ฉกส.สสจ.นพ 2

## ใบรับรองแพทย์

### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ 1-6 ในส่วนที่ 2 ของแพทย์  ไม่มี  มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ.....

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

### ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและปราศจากประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

1. โรคเมเร็งทุกชนิดทุกระยะ
2. โรคหัวใจ
3. โรคฉี่หนูในระยะอันตราย
4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
6. โรคตับแข็ง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ( ) สุขภาพแข็งแรง

( ) อื่นๆระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

### หมายเหตุ

(1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ 1-6 หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย คณะกรรมการสมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ



## ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก ฅกส.สสจ.นพ.

ฅกส.สสจ.นพ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี  
เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและไม่เป็นโรคตามข้อ1-6 คือ

1. โรคเมร้งทุกชนิดทุกระยะ
2. โรคหัวใจ
3. โรควิณโรคในระยะอันตราย
4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
6. โรคตับแข็ง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วและเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือข้าพเจ้ายินยอมให้แถลงข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะกรรมการ ฅกส.สสจ.นพ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก ฅกส.สสจ.นพ. ตามข้อบังคับสมาคม หมวด4 ข้อ (10) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ศพเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าและทายาทไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์ศพหรือเงินอื่นใดจาก ฅกส.สสจ.นพ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ ฅกส.สสจ.นพ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก ฅกส.สสจ.นพ.)

ลงชื่อ.....

(.....)

(พยาน/เจ้าหน้าที่)

ลงชื่อ.....

(.....)

(พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภรณออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสามัญของสภรณออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก ที่.....

บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

(1) สถานภาพ

โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

(2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ศพ ที่ ฉกส.สสจ.นพ พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า

ส่วนที่เหลื่อมมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ได้

ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว  ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ  
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ )

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

(พยาน/เจ้าหน้าที่)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



### หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์

#### สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตร  
 ประชาชนเลขที่.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....  
 ยินยอมและมอบอำนาจให้.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่.....  
 ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้  รับเงินค่าจัดการศพ  รับเงินสงเคราะห์  อื่นๆ ที่พึงได้รับ  
 แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

**นครพนม จำกัด** จนเสร็จการ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำตามหนังสือยินยอม  
 และมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....)(ผู้รับเงินสงเคราะห์)  
 บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....)(ผู้รับเงินสงเคราะห์)  
 บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....)(ผู้รับเงินสงเคราะห์)  
 บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....)(ผู้รับเงินสงเคราะห์)  
 บัตรประชาชนเลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ  
 (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายนิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบ  
 อำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)..... พยาน  
 (.....)  
 (ผู้สมัครสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ )

(ลงชื่อ)..... พยาน  
 (.....)  
 (พยาน/เจ้าหน้าที่)