



โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง อายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

ใบสมัครสมาชิก ประเภท สามัญ/สมทบ (กรณีพิเศษ)
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม
จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสามัญของสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก ที่..... อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

(4) การชำระเงิน ดังนี้

 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 50 บาท เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เป็นเงิน 1,000 บาทรวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 1,150 บาท (หนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยชำระเป็น เงินสด

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

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 และระเบียบสมาคมคณบดีโรงพยาบาลแห่งประเทศไทยสาธารณสุขนครพนม จำกัด ประกาศ ฉกส.สสจ.นพ. เรื่องการรับสมัครสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

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

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ

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

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบรับรองแพทย์



ฉกส.สสจ.นพ 2

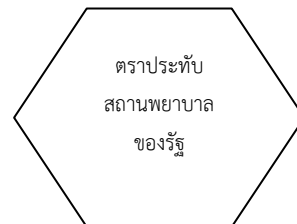
ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก ฉกส.สสจ.นพ

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.....
ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้
ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและ
ปราศจากประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

1. โรคเมเร็งทุกชนิดทุกระยะ
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรคในระยะอันตราย
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. โรคเมร้งทุทชนิดทุกระยะ
2. โรคหัวใจ
3. โรควิณโรคในระยยะอันตราย
4. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
6. โรคตับแข็ง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุทประการ หากข้าพเจ้ารู้้อยู่แล้วและวินเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือข้าพเจ้ายินยอมให้แถลงข้อความอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะกรรมการ ฅกส.สสจ.นพ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก ฅกส.สสจ.นพ. ตามข้อบังคับสมาคม หมวด4 ข้อ (10) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ศพเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าและทายาทไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์ศพหรือเงินอื่นใดจาก ฅกส.สสจ.นพ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุทประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ ฅกส.สสจ.นพ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก ฅกส.สสจ.นพ.)

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

(พยาน/เจ้าหน้าที่)

(พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภาก่ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

สมาชิกสามัญของสภาก่ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม 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

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ผู้สมัคร).....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ยินยอมและมอบอำนาจให้(ผู้รับเงินสงเคราะห์).....

ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประชาชนเลขที่.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้ รับเงินค่าจัดการศพ รับเงินสงเคราะห์ อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

นครพนม จำกัด จนเสร็จแล้ว ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำตามหนังสือยินยอม

และมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายนิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

และผู้รับยินยอมและมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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

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

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

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

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

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

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(พยาน/เจ้าหน้าที่)