

**\*\*โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน\*\***

ณสอ.สธ.ร.๑

**เอกสารประกอบ**

1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน ๓๐ วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



ใบสมัครสมาชิก

สามัญ

สมทบ

**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขร้อยเอ็ด**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

(๑) เป็นข้าราชการ ลูกจ้างที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรณีสมทบ เกี่ยวข้องเป็น  คู่สมรส  บิดา-มารดา ของสมาชิกเลขที่.....

(๒) ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

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

(๓) ที่อยู่อาศัยตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

(๔) การชำระเงิน

๔.๑ การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิก จำนวน ๑๐๐ บาท

ค่าบำรุงรายปี จำนวน ๕๐ บาท

ค่าเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน ๒,๕๐๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๒,๖๕๐ บาท (สองพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

๔.๒ การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ออมทรัพย์ของสมาชิก

ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฯ แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงินและแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขร้อยเอ็ด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สังกัดหน่วย.....จังหวัด.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑. สถานภาพ

โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

๒. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินค่าจัดการศพที่ ฌสอ.สธ.รอ.พึงจ่ายให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า คือ.....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

๒.๑ .....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๒ .....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๓ .....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๔ .....เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้  ได้รับเงินเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว  ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน  
 อื่นๆ ระบุ .....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

๓. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกของสมาคมฯ ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือนหักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้ และเงินสงเคราะห์ศพหรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามที่เรียกเก็บ เพื่อจ่ายให้กับ ฌสอ.สธ.รอ. ต่อไป

๔. หากสมาคมตรวจสอบได้ว่าข้าพเจ้าปกปิดข้อมูลโรคที่ต้องห้ามตามประกาศของสมาคมในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมงดจ่ายเงินสงเคราะห์และส่งคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าที่สมาชิกชำระไว้กับสมาคม

๕. ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมตรวจข้อมูลการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าย้อนหลังได้ทุกกรณี

ลงชื่อ..... (.....) ผู้ให้คำยินยอม

ลงชื่อ..... (.....) พยาน

ลงชื่อ..... (.....) จนท.สมาคม

ลงชื่อ..... (.....) ผู้มีอำนาจลงนาม



**คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก  
(เฉพาะกรรมการสมาคมเท่านั้น)**

ข้าพเจ้า..... เลขที่สมาชิก..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
 ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....  
 จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ ๑๓ ของสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
 สาธารณสุขร้อยเอ็ด ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
 วันที่...../...../.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ ปณิกกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขร้อยเอ็ด**

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ฌสอ.สธ.ร.อ. และได้แนบหลักฐานประกอบการ  
 สมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัครและเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าตามข้อบังคับและระเบียบ ฌสอ.สธ.ร.อ. ประกาศ ฌสอ.สธ.ร.อ.  
 เรื่องการรับสมัครสมาชิก ฌสอ.สธ.ร.อ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
 (.....)

**ความเห็นของเลขานุการสมาคมฯ**

เสนอความเห็น  อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก ฌสอ.สธ.ร.อ.  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ.....เลขานุการ  
 (.....)

**ความเห็นนายกสมาคมฯ**

อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ฌสอ.สธ.ร.อ. ตั้งแต่วันที่.....  
 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่...../..... เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคมฯ  
 (.....)

## ใบรับรองแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....  
ใบขออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....  
อายุ.....ปี ปรากฏว่า

นาย/นาง/นางสาว ..... ไม่เป็นผู้มีการทพพลาภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้  
ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

- (๑) โรคหัวใจ
- (๒) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (๔) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (๕) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (๖) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
- (๓) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย