

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย – พะเยา

หน่วยงาน



เลขที่สมาชิก  
(ณ กส)

ใบสมัคร

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย-พะเยา

1039/74 ถ.ร่วมจิตตาวาย ต.เวียง อ.เมือง จ.เชียงราย 57000 โทร.(053)717637, โทรสาร (053)712585 ต่อ 23

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย-พะเยา

ข้าพเจ้าผู้สมัคร(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....  
คู่สมรสชื่อ(นาย/นาง).....

ประสงค์ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ โดยยินดีปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสมาคมฯ โดยขอชำระเงินดังนี้

ก. ค่าสมัคร	จำนวน	100	บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
ข. ค่าบำรุง	จำนวน	50	บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)
ค. เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	จำนวน	200	บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
	รวมทั้งสิ้น	350	บาท (สามร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

เมื่อข้าพเจ้าได้ถึงแก่กรรม ข้าพเจ้าขอมอบให้ผู้มีรายชื่อดังต่อไปนี้

- 1.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้า

ในกรณีที่ข้าพเจ้าต้องการเปลี่ยนแปลงผู้รับเงินสงเคราะห์และผู้จัดการศพ ข้าพเจ้าจะทำหนังสือแจ้งต่อสมาคมฯ เป็นลายลักษณ์อักษร

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องมาพร้อมใบสมัครแล้วคือ

1. สำเนาทะเบียนบ้าน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ
3. ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (ใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มของ สสขพ.เท่านั้น)
4. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ (ผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนา
5. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงินสงเคราะห์ (ผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนา

เพื่อความสะดวกของข้าพเจ้าในการชำระเงินสงเคราะห์ต่อสมาคมฯซึ่งอาจมีต่อไปในภายหน้า ข้าพเจ้าประสงค์จะชำระเงินสงเคราะห์ต่อสมาคมฯ โดยวิธี

- 1. นำส่งด้วยตัวเอง
- 2. ผ่ากเงินสงเคราะห์ไว้ล่วงหน้า จำนวน.....บาท
- 3. ให้หักเงินเดือน ณ ที่จ่ายจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณารับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกของสมาคมฯ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร  
(.....)

#### คำร้อง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่าผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติ และเป็นคู่สมรสของสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ สาธารณสุขเชียงราย-พะเยา จริง สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมฯ ได้

(ลงชื่อ).....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....  
(.....)

(ลงชื่อ).....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....  
(.....)

#### สำหรับเจ้าหน้าที่

มติที่ประชุม คณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย-พะเยา

ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก โดยจะเริ่มหักเงินฌาปนกิจฯ เดือน.....พ.ศ.....

ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่  
(.....)

**หมายเหตุ** สมาชิกภาพของผู้สมัครจะสมบูรณ์เริ่มตั้งแต่วันที่ได้ชำระเงินค่าสมัครและชำระเงินต่างๆ ครบถ้วนแล้วผู้สมัครที่เสียชีวิตภายใน 180 วัน นับตั้งแต่วันที่สมาชิกภาพสมบูรณ์ จะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและปราศจากประวัติโรคเหล่านี้

1. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
2. โรคหัวใจ
3. โรคฉี่หนูในระยะอันตราย
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ( ) สุขภาพแข็งแรง

( ) อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... (ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่นๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (5) หรือโรคอื่นๆตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายสมาคมฯจะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯกำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสชพ.

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน 2557 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อสมทรัพย์สาธารณสุขเชียงราย – พะเยา

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตาม

ข้อ (1) – (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสชพ. ใช้สิทธิตัดรายชื่้อพ้นจากสมาชิกภาพ สสชพ. ได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสชพ.)

ตัวบรรจง(.....)