

****โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน****

ณสอ.สร.รอ.๑

เอกสารประกอบ

๑. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน
๓. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
๔. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
๕. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน ๓๐ วัน
๖. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



ใบสมัครสมาชิก

☐ สามัญ

☐ สมทบ

สมาคมอาปณกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขร้อยเอ็ด

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 เหลือคืน

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 ณสอ.สธ.รอ.พึงจ่ายให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า คือ.....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

๒.๑เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๒เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๓เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๔เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้ ☐ ได้รับเงินเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

☐ อื่นๆ ระบุ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

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

๔. หากสมาคมตรวจสอบได้ว่าข้าพเจ้าปกปิดข้อมูลโรคที่ต้องห้ามตามประกาศของสมาคมในภายหลัง ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมงดจ่ายเงินสงเคราะห์และส่งคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าที่สมาชิกชำระไว้กับสมาคม

๕. ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมตรวจสอบข้อมูลการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าย้อนหลังได้ทุกกรณี

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 ปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
 สาธารณสุขร้อยเอ็ด ทุกประการ

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขร้อยเอ็ด

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ฌสอ.สธ.รอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการ
 สมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัครและเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าตามข้อบังคับและระเบียบ ฌสอ.สธ.รอ. ประกาศ ฌสอ.สธ.รอ.
 เรื่องการรับสมัครสมาชิก ฌสอ.สธ.รอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
 (.....)

ความเห็นของเลขานุการสมาคมฯ

เสนอความเห็น

☐

อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก ฌสอ.สธ.รอ.

☐

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....เลขานุการ
 (.....)

ความเห็นนายกสมาคมฯ

☐

อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ฌสอ.สธ.รอ. 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 ไม่เป็นผู้มีการทพพลภาพ 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