



หน่วยงานต้นสังกัดรับวันที่.....  
ผู้รับใบสมัคร.....วันที่...../...../.....

ติดรูปถ่ายหน้าตรง  
ไม่สวมหมวก  
ขนาด 1 นิ้ว/นิ้วครึ่ง  
หรือ 2 นิ้ว

### ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ ประเภท  สามัญ  สมทบ  
เรียน นายกสมาคมฯ  
ข้าพเจ้า.....วัน/เดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี

อาชีพ  ข้าราชการ  พนักงานของรัฐ  ลูกจ้างประจำ

อื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็น (คู่สมรส บุตร บิดา มารดา) นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง (ตาม จ.18).....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด

โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขกาฬสินธุ์ จำกัด พ.ศ. 2549 ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางราชการ / หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจาก

ทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด เพื่อส่งให้สมาคม เป็นค่าสงเคราะห์ประจำเดือน

โดยหักจากเงินเดือน นาย/นาง/นางสาว.....

เป็นสมาชิกสามัญ เลขสมาชิกสภกรณ์.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่สมาคมฯ

พึงจ่ายให้แก่บุคคล ดังนี้

1. ....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2. ....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3. ....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

#### ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

ตัวบรรจง(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้รักษาการแทน

สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบของหัวหน้าหน่วยงาน /

กลุ่มงานที่ต้นสังกัดหรือผู้รักษาการแทน) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับสมาคมฯ

และยินยอมให้หักเงินเดือนหรือค่าจ้างเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง(.....)

ผ.รพ./สสอ./หัวหน้าหน่วยงาน สสจ.กส

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง(.....)

สมาชิกสมาคมฯ ประเภท.....เลขสมาชิกสภกรณ์.....

#### ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ .....

(ลงชื่อ).....

เรียน นายกสมาคมฯ

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้จัดการสมาคมฯ

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

(ลงชื่อ).....

เลขานุการสมาคมฯ

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

#### อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

นายกสมาคมฯ

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

เป็นสมาชิกสมบูรณวันที่

เลขทะเบียน.....

#### เอกสารประกอบ

1. สำเนาทะเบียนบ้าน

2. สำเนาบัตรประชาชน

3. รูปถ่าย 2 แผ่น

กรณีสมัครเป็นสมาชิกสมทบให้แนบเอกสารเพิ่ม

ดังนี้

\* สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรส)

\* สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิก (กรณีบิดา/

มารดา)

# ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัด  
กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....  
ได้สอบประวัติ และตรวจร่างกายของ.....อายุ.....ปี  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....ปรากฏว่า

มีสุขภาพดี

มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ 2 ปี ล่วงมาเคยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....

เมื่อ.....ด้วยโรค.....

ผลการรักษา.....

สมควร

ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

ตำแหน่ง.....

กองหรือจังหวัด.....

กรม.....กระทรวงสาธารณสุข

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฯ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนใกล้ชิด  
อันตราย หากข้าพเจ้าอยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคม  
ฯ ใช้สิทธิบอกล้างภายในกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่สมาคมฯ ทราบมูลเหตุอันจะบอกล้างได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ)

ตัวบรรจง(.....)