



สมาคมมาปันกิจสังเคราะห์  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

สมาชิกชื่อ.....เลขทะเบียนที่.....หน่วยงาน.....

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคม จะต้องชำระเงินให้แก่สมาคมฯ ดังนี้

1. เงินค่าธรรมเนียมแรกเข้า	100 บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)
2. เงินค่าบำรุงสมาคมปีละ	50 บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)
3. เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า	1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)
รวมจ่าย	1,650 บาท (หนึ่งพันหก מאותห้าสิบบาทถ้วน)

เอกสารประกอบ การสมัคร ดังนี้

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรประจำน  
 มี  มีการรับรองสำเนาถูกต้อง
2. สำเนาทะเบียนบ้าน  มี  มีการรับรองสำเนาถูกต้อง
3. สำเนาทะเบียนสมรส  มี  ไม่มี  มีการรับรองสำเนาถูกต้อง
4. ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ-สกุล  มี  ไม่มี  มีการรับรองสำเนาถูกต้อง
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงอายุไม่เกิน 30 วัน  มี  มีตราประทับโรงพยาบาลของรัฐ
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์
  - คนที่ 1  มีครบ  รับรองสำเนาถูกต้อง
  - คนที่ 2  มีครบ  รับรองสำเนาถูกต้อง
  - คนที่ 3  มีครบ  รับรองสำเนาถูกต้อง

เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ผู้รับสมัคร

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



ประเภทสมาชิก

สามัญ

สมทบ : .....

สมาชิก สามัญ ชื่อ : .....

เลขที่ สำนักงานสหกรณ์ : .....

เลขสมาชิกสหกรณ์ : .....

## ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมมานาคมกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขประจำตัวสมาชิก.....

เจียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

อายุ..... ปี สัญชาติ..... ชื่อคู่สมรส.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โทรศัพท์..... อัชีพ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมมานาคมกิจสังเคราะห์.....

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอนอบให้..... อัญมณีบ้านเลขที่.....

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

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอนอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

1. .... อัญมณีบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้า

2. .... อัญมณีบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้า

3. .... อัญมณีบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้า

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว

ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

อื่นๆ

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมมานาคมกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

(.....)



## หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็น

สมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์  
สหกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก..... อายุ..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... ขอรับรองว่าผู้สมัคร  
มีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้รับรอง  
(.....)

หมายเหตุ จำนวนผู้รับรอง ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคม  
มติของคณะกรรมการ

(.....)

นายกสมาคม

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟื้นเฟือนไม่สมประกอบ และประสาทจากโรคภัยไข้เจ็บตาม (1)-(9) ดังนี้

- (1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ
- (3) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง
- (5) โรคปอดเรื้อรังขึ้นรุนแรง
- (6) โรคตับแข็ง
- (7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเออดส์)
- (8) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเอสแอลอี (SLE)
- (9) โรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 4,5)

หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วจะเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแต่งข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สมาคมฌาปนกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อพื้นสมາชิกภาพ สมาคมฌาปนกิจสังเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และหากเสียชีวิตด้วยโรคภัยตามข้อ (1)-(9) สมาคมฯ จะระงับสิทธิการจ่ายเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับ ตามข้อ 14.

3. ข้อ 23. และข้อ 24.

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมາชิกสมาคมฯ)

ตัวบรรจง (.....)

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



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....

วัน/เดือน/ปี เกิด ..... เลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว .....

- (1) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟันเฟือง ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่มีประวัติโรคเหล่านี้

	ไม่มี	มี
(4.1) โรคมะเร็งทุกชนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.3) โรควัณโรคในระบบอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.5) โรคปอดเรื้อรังขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.6) โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเออดส์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.8) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเอสแอลอี (SLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.9) โรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 4,5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....		

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้เขียนทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการ เห็นว่าอันตราย สส.สธน. จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์แบบที่ สส.สธน. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อมาประกอบการรับสมัครเป็นสมาชิก สส.สธน  
เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป