



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุปี

วัน/เดือน/ปี เกิดเลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

ไม่มี มี

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| (4.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.3) โรคฉี่หนูในระยะอันตราย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.5) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.6) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |
| (4.8) ภาวะไตวาย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ระบุ..... |

(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการ เห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ชสอ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสหกรณ์

เลขที่สหกรณ์ ได้ทำการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รอบการสมัครที่

และขอไปรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล

ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์			ระบุ.....

เรียน นายกสมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตามข้อ(1)-(9) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพ สส.ชสอ. มาตั้งแต่ต้น ทาง สส.ชสอ. ไม่อนุมติเป็นสมาชิก เงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า คืนให้กับผู้สมัคร

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ (.....) พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด,บิดา,มารดา,พี่น้องร่วมสายเลือด)

ตัวบรรจง (.....)

ลงชื่อ พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง (.....)