



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด
ASSOCIATION FOR NAN PUBLIC HEALTH SAVING AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED
๔๘๐ หมู่ที่ ๕ บ้านทุ่งเศรษฐี ตำบลผาสิงห์ อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน
โทร. ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖-๗, ๐-๘๘๕๕-๓๐๐๓-๒ โทรสาร ๐-๕๔๗๑-๘๘๔๖ ต่อ ๑๐๘

ที่ สส.สธน. 017 /2564

2 มิถุนายน 2564

เรื่อง กำหนดให้ผู้สมัครสมาชิก สส.สธน. ใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง / สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง / ข้าราชการบำนาญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองแพทย์ สส.สธน.

จำนวน 1 ชุด

ด้วยสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด (สส.สธน.) โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการดำเนินการสมาคม ชุดที่ 2/2564 ครั้งที่ 2 วันเสาร์ ที่ 29 พฤษภาคม 2564 มีมติเห็นชอบกำหนดให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดประกอบการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมรอบที่ 6/2564 ประจำปีเดือน มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป

ในการนี้ สส.สธน. จึงขอความร่วมมือหน่วยงานได้ประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก สส.สธน. ได้ทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้นโดยสามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.nphcoop.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิยม สิริ)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

วัน/เดือน/ปี เกิดเลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว

- (1) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทူพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่มีประวัติโรคเหล่านี้

	ไม่มี	มี
(4.1) โรคเมเร็งทุกชนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย	<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 (โรคเอดส์)	<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) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการ เห็นว่าอันตราย สส.สธ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
 - (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์แบบที่ สส.สธ. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อมาประกอบการรับสมัครเป็นสมาชิก สส.สธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2564 เป็นต้นไป