



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์  
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 (หนึ่งพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

เอกสารประกอบ การสมัคร ดังนี้

- |   |                                |   |
|---|--------------------------------|---|
| 1. สำเนาบัตรข้าราชการ หรือบัตรประชาชน           | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> มีการรับรองสำเนาถูกต้อง                                |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน                             | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> มีการรับรองสำเนาถูกต้อง                                |
| 3. สำเนาทะเบียนสมรส                             | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีการรับรองสำเนาถูกต้อง |
| 4. ใบสำคัญเปลี่ยนชื่อ-สกุล                      | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีการรับรองสำเนาถูกต้อง |
| 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงอายุไม่เกิน 30 วัน      | <input type="checkbox"/> มี    | <input type="checkbox"/> มีตราประทับโรงพยาบาลของรัฐ                             |
| 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ |                                |   |
| - คนที่1  | <input type="checkbox"/> มีครบ | <input type="checkbox"/> รับรองสำเนาถูกต้อง                                     |
| - คนที่2  | <input type="checkbox"/> มีครบ | <input type="checkbox"/> รับรองสำเนาถูกต้อง                                     |
| - คนที่3  | <input type="checkbox"/> มีครบ | <input type="checkbox"/> รับรองสำเนาถูกต้อง                                     |

.....  
เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ผู้รับสมัคร

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





## ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขประจำตัวสมาชิก.....

เขียนที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

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

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

โทรศัพท์.....อาชีพ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์.....

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้.....อยู่บ้านเลขที่.....

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

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

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

1. ....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

2. ....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

3. ....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

☐ ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว

☐ ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

☐ อื่นๆ

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์.....

โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)





**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็น  
สมาชิกสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด**

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์  
.....เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ขอรับรองว่าผู้สมัคร  
มีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์.....ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง  
(.....)

**หมายเหตุ** จำนวนผู้รับรอง ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคม  
**มติของคณะกรรมการ**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(.....)

นายกสมาคม



เรียน นายกสมาคมปณิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บตาม (1)-(6) ดังนี้

- (1) โรค มะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรคพิษโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯจะไม่รับเป็นสมาชิก

หากข้าพเจ้าอยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สมาคมปณิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ สมาคมปณิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และหากเสียชีวิตด้วยโรคภัยตามข้อ (1)-(6) สมาคมฯ จะระงับสิทธิการจ่ายเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับ ตามข้อ 14. 3. ข้อ 23. และข้อ 24.

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ)

ตัวบรรจง (.....)

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



# ตัวอย่างใบรับรองแพทย์

## ใบรับรองแพทย์

### ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว

☐

ไม่มี

☐

มี (ระบุ).....

๒. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด

☐

ไม่มี

☐

มี (ระบุ).....

๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

☐

ไม่มี

☐

มี (ระบุ).....

๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

ลงชื่อ.....

วันที่.....

เดือน.....

พ.ศ. ....

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

### ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....

เดือน.....

พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

(๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นางสาว.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....

พ.ศ. ....

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก.-ความสูง.....

เซนต์ิเมตร-ความดันโลหิต.....

มม.ปรอท-ชีพจร.....

ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์

☐

ปกติ

☐

ผิดปกติ

(ระบุ) .....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของ โรคจิตหรือ จิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและ อาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

(๒)

ลงชื่อ.....

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

(๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๕๑ วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๑