



สมาคมพยาบาลจิตสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

สมาชิก สมทบ

สมาชิกชื่อ.....เลขทะเบียนที่..... สมาชิกสามัญชื่อ.....
เลขสมาชิกสมาคม.....ประเภทสมาชิก..... 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 | ☐ 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 |

7. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี).....

.....
เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ผู้รับสมัคร

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



ข้อมูลสมาชิกหลัก

สมาชิก สามัญ ชื่อ :

เลขที่สมาชิกสมาคม :

เลขสมาชิกสหกรณ์ :

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ

สมาคมแพทยสภาสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

เลขประจำตัวสมาชิก.....

เขียนที่.....

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.....ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมแพทยสภาสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด.....

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 ของสมาคมแพทยสภาสหกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด

โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)



**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็น
สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะจังหวัดน่าน จำกัด**

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สภกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ขอรับรองว่าผู้สมัคร
นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจ
สงเคราะห์ สภกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ จำนวนผู้รับรอง ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคม
มติของคณะกรรมการ

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

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

นายกสมาคม

เรียน นายกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บตาม (1)-(10) ดังนี้

- (1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ
- (3) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (5) โรคปอดเรื้อรังขั้นรุนแรง
- (6) โรคตับแข็ง
- (7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์)
- (8) โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE)
- (9) โรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 4,5)
- (10) โรคหลอดเลือดสมอง (ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้)

หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ใช้สิทธิคัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และหากเสียชีวิตด้วยโรคภัยตามข้อ (1)-(10) สมาคมฯ จะระงับสิทธิการจ่ายเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับ ตามข้อ 14. 3. ข้อ 23. และข้อ 24.

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ)

ตัวบรรจง (.....)

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



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) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- (4) ไม่มีประวัติโรคเหล่านี้

ไม่มี	มี
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....
☐	☐ ระบุ.....

- (4.1) โรคมะเร็งทุกชนิด
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ
- (4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4.5) โรคปอดเรื้อรังขั้นรุนแรง
- (4.6) โรคตับแข็ง
- (4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์)
- (4.8) โรคแพ้ภูมิตนเอง (SLE)
- (4.9) โรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 4,5)
- (4.10) โรคหลอดเลือดสมอง
- (ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้)

(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการ เห็นว่าอันตราย สส.สรน. จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์แบบที่ สส.สรน. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อมาประกอบการรับสมัครเป็นสมาชิก สส.สรน
- เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 เป็นต้นไป