



สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

สมาชิก สมทบ

สมาชิกชื่อ.....เลขสมาชิกสหกรณ์ที่.....สมาชิกสามัญ.....
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 | <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

.....



ข้อมูลสมาชิกหลัก

สมาชิก สามัญ ชื่อ :.....
เลขที่สมาชิกสมาคม :
เลขสมาชิกสหกรณ์ :

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน 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.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์.....

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 ของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด

โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)



หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็น

สมาชิกสมาคมพยาบาลกิ่งสงเคราะห์สหกรณ์อภิมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมพยาบาลกิ่งสงเคราะห์
สหกรณ์อภิมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ขอรับรองว่าผู้สมัคร
นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมพยาบาล
กิ่งสงเคราะห์ สหกรณ์อภิมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ จำนวนผู้รับรอง ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคม

มติของคณะกรรมการ

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

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

นายกสมาคม

เรียน นายกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าไม่เป็นผู้มีกายภาพพิการ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บตาม (1)-(11) 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)
- (11) โรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรคที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

หากข้าพเจ้าอยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ สมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด และหากเสียชีวิตด้วยโรคภัยไข้เจ็บตามข้อ (1)-(11) สมาคมฯ จะระงับสิทธิการจ่ายเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับ ตามข้อ 14. 3. ข้อ 23. และข้อ 24.

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ)

ตัวบรรจง (.....)

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



ประกาศสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด (สส.สธน.)
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

ตามที่สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด (สส.สธน.) ได้มีมติที่ประชุม คณะกรรมการดำเนินการสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด ชุดที่ 4 ครั้งที่ 6/2568 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2568 ได้มีมติกำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่กรรมการเห็นว่าอันตรายลงในใบรับรองสุขภาพตนเอง

ดังนั้น สส.สธน. จึงขอความร่วมมือให้สมาชิกผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก สส.สธน. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองสุขภาพตนเองและใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น **และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายในใบรับรองสุขภาพตนเอง ตามประกาศของ สส.สธน. ดังนี้**

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)
3. โรคสมองเสื่อม (Dementia)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)
5. โรคเส้นเลือดขดในสมอง (Cerebral AVM)
6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha thalassemial major) ,เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta thalassemial major) ,โรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.ม.ปรอทขึ้นไปหรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.ม.ปรอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis C virus, HCV) มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver disease) ที่มีตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic anemia)

15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (Immune thrombocytopenic : ITP)

อนึ่ง ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่มีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองสุขภาพตนเองหรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนสมัคร สส.สธ.น. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2561 แก้ไขหรือเพิ่มเติมและได้รับจดทะเบียน เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2564 หมวด 4 ข้อ 9 สมาชิกสามัญ (2) และข้อ 9 สมาชิกสมทบ (4) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันที่รับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2568



(นายชุมพล สุทธิ)

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

- (4.1) โรคเมเร็งทุกชนิด
- (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

	ไม่มี	มี
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....

(ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้)

(5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

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