



สมาคมสถาปนากิจสภเคราะห์  
สหกรณ์อภมทรรพยัสาธาณสุขจังหวดัน่าน จ่ากััด

สมาชีก สามัญ

สมาชีกชื่อ.....เลคสมาชีกที่..... หน่วยงาน.....

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชีกของสมาคม จะต้องชำระเงนให้แก่สมาคมฯ ดังนั้

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 1. เงนค่าธรรมเนียมแรกเข้า | 100 บาท (หนึ่ร้อยบาทถ้วน)              |
| 2. เงนค่าบำรุงสมาคมปีละ   | 50 บาท (ห้าสิบบาทถ้วน)                 |
| 3. เงนสภเคราะห์ศพล่วงหน้า | 1,500 บาท (หนึ่พันห้าร้อยบาทถ้วน)      |
| รวมจ่าย                   | 1,650 บาท (หนึ่พันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน) |

เอกสทรประกอบ การสมัคร ดังนั้

- |   |                                |   |
|---|--------------------------------|---|
| 1. สำเนาบัตรข้าราชการ หรอื่บัตรประชาชน          | <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

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





## หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็น

### สมาชิกสมาคมพยาบาลนิกกิจสงเคราะห์สหกรณ์อภิมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมพยาบาลนิกกิจสงเคราะห์  
สหกรณ์อภิมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด เลขประจำตัวสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ขอรับรองว่าผู้สมัคร  
นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมพยาบาลนิก  
กิจสงเคราะห์ สหกรณ์อภิมทรัพย์ สสจ.น่าน จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง  
(.....)

หมายเหตุ จำนวนผู้รับรอง ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคม

มติของคณะกรรมการ

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

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

นายกสมาคม



## ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สส.สธน.

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด (สส.สธน.)

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีผู้มีกายทุพพลภาพ  
จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคภัยไข้เจ็บตาม (1)-(28) ดังนี้

- (1) โรคเมเร็งทุกชนิด ทุกระยะ  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (3) โรควัณโรคในระยะอันตราย  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (5) โรคปอดเรื้อรังขั้นรุนแรง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (6) โรคตับแข็ง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (8) โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (9) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (10) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (11) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (12) โรคสมองเสื่อม (Dementia)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (13) โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (14) โรคเส้นเลือดขดในสมอง (Cerebral AVM)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (15) โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (16) โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ฮอร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (17) โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha thalassemial major), เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta thalassemial major), โรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (18) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 มม.ปรอทขึ้นไปหรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 มม.ปรอท ขึ้นไป  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (19) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (20) โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (21) โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis C virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (22) โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver disease) ที่มีตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (23) โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic anemia)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (24) โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (25) โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (26) โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (27) โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....
- (28) โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (Immune thrombocytopenic: ITP)  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....

หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สส.สธน. ใช้สิทธิ์ตัดรายชื่อ  
พ้นสมาชิกภาพ สส.สธน. และหากเสียชีวิตด้วยโรคภัยตาม ข้อ (1)-(28) สส.สธน. จะระงับสิทธิ์การจ่ายเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับ ตาม  
ข้อ 14.3. ข้อ 23. และ ข้อ 24.

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สส.สธน. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่  
เกี่ยวข้องได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ)

ตัวบรรจง (.....)

วันที่...../...../.....



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

วัน/เดือน/ปี เกิด .....เลขบัตรประชาชน

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว .....

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

ไม่มี      มี

(4.1) โรคมะเร็งทุกชนิด   ระบุ.....

(4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ   ระบุ.....

(4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย   ระบุ.....

(4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง   ระบุ.....

(4.5) โรคปอดเรื้อรังขั้นรุนแรง   ระบุ.....

(4.6) โรคตับแข็ง   ระบุ.....

(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (โรคเอดส์)   ระบุ.....

(4.8) โรคแพ้ภูมิตนเอง (SLE)   ระบุ.....

(4.9) โรคไตเรื้อรัง (ระยะที่ 4,5)   ระบุ.....

(4.10) โรคหลอดเลือดสมอง   ระบุ.....

(ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้)

(4.11) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สส.สธ.   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. กำหนดที่เท่านั้น เพื่อมาประกอบการรับสมัครเป็นสมาชิก สส.สธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2569 เป็นต้นไป