



สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งชาติ
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 (หนึ่งพันหกหรือห้าสิบบาทถ้วน) |

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 | | |
| - คนที่ 1 | <input type="checkbox"/> มีครบ | <input type="checkbox"/> รับรองสำเนาถูกต้อง |
| - คนที่ 2 | <input type="checkbox"/> มีครบ | <input type="checkbox"/> รับรองสำเนาถูกต้อง |
| - คนที่ 3 | <input type="checkbox"/> มีครบ | <input type="checkbox"/> รับรองสำเนาถูกต้อง |

.....
เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ผู้รับสมัคร

.....



ข้อมูลสมาชิกหลัก

สมาชิกสามัญ 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

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภากรมออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำกัด

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

หมายเหตุ จำนวนผู้รับรอง ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคม
มติของคณะกรรมการ

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

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

นายกสมาคม



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สส.สธน.

เรียน นายกสมาคมณาปนกิจสงเคราะห์สภครณออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน จำกัด (สส.สธน.)

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

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

ปรากฏว่า นาย/นาง/นางสาว

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

ไม่มี มี

- (4.1) โรคเมเร็งทุกชนิด ระบุ.....
- (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ ระบุ.....
- (4.3) โรคฉี่หนู โรคในระยะอันตราย 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.สชน. ระบุ.....

- (5) โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (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 มิถุนายน 2569 เป็นต้นไป