

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย หรือใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสทท. เล่มที่
เลขที่

ประเภทสมาชิก

- 1. คู่สมรส
- 2. บุตร

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

สมาคมพยาบาลกิ่งสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....คู่สมรสชื่อ.....

(1) สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

คู่สมรส/บุตรของสมาชิกสสทท.

ชื่อ - สกุลเลขสมาชิก สอ.เลขฌาปนกิจ.....

เจ้าหน้าที่สมาคม สสทท.หรือกรรมการดำเนินการหรือเจ้าหน้าที่ชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....4,000... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....4,040...บาท (สี่พันสี่สิบบาทถ้วน)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม

ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโฮมโปร ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมพยาบาลกิ่ง

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับสมาคมพยาบาลกิ่งสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออม
ทรัพย์สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.
ของสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ
ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐานประกอบ
การสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม
สถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประกาศ สสท. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสท.
หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสท.
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสท. ตั้งแต่วันที่.....
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่.....
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสท.
 กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์



สสธท. 2

สถานที่ตรวจ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□ □□□□□ □□□ □ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (3) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(4) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

	ไม่มี	มี
(4.1) โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.3) โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.4) โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.6) ภาวะไตวาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
(4.8) โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุ.....

(5) มีโรคร้ายแรงอื่นๆ ระบุ.....

ความเห็นแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ)

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (4) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตาม ข้อ (4)

และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สสธท. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาชิกภาพ สสธท. มาตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 เป็นต้นไป

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสธท.)

ตัวบรรจง(.....)



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสธท.

(.....)

