

## เอกสารประกอบ

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



เลขประจำตัวสมาชิก สสธท. ....

## ประเภทสมาชิก

1. คู่สมรส
2. บิดามารดา
3. บุตร

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

## สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน                    

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

(1)  สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่..... คู่สมรส/บิดา/มารดา/บุตรของสมาชิกสสธท. ....เลขทะเบียนที่..... เจ้าหน้าที่สมาคมสสธท.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 สาขาโฮมเวิร์ค ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมพัฒนากิจ

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

 ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



### คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 9 ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐานประกอบ การสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย 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.....

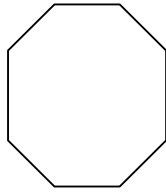
#### ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสท.  
 กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทน  
นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและ  
ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ

(2) โรคหัวใจ

(3) โรควัณโรคในระยะอันตราย

(4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

(5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ( ) สุขภาพแข็งแรง

( ) อื่น ๆ ระบุ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วย  
สถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

**(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) - (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย**

**สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก**

**(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯกำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัคร  
เป็นสมาชิก สสรท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2558 เป็นต้นไป**

เรียน นายสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ

ตาม (1) - (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสรท.

ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ สสรท.ตามข้อบังคับ ข้อ 9.1 (4) และ ข้อ 9.2 (6) และข้อ 14(4) ได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสรท.)

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 สสรท. พึ่งจ่าย 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 สสรท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสรท.

(.....)