

เอกสารประกอบ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ๒. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ๓. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ๔. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบสมัครสมาชิก

สม.สอ.สช.ชก. ๑

วันที่รับสมัคร.....เลขที่.....

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชน.....สถานภาพ.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

( ) เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขที่สมาชิก.....

( ) เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขที่สมาชิก.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

• ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ และคำสั่งของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สม.สอ.สช.ชก.) ทุกประการ

• ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ดังต่อไปนี้

๑.ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องเป็น.....( ๑๐ %)

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

๒.๑.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.๒.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.๓.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒.๔.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

• ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือนหักเงินชำระเงินสงเคราะห์หรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าโดยชำระรายเดือนตามที่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สม.สอ.สช.ชก.)เรียกเก็บ

• ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ได้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้ขอสมัคร ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

(.....)

.....คุณสมบัติถูกต้อง

.....เอกสารหลักฐาน

.....ชำระเงินค่าสมัคร

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เรียน คณะกรรมการ เพื่อพิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการฯ

.....อนุมัติ

.....ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ

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

เป็นสมาชิกสมบูรณ์

วันที่.....



## ใบรับรองแพทย์ (จากสถานพยาบาลของรัฐ)

### ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สถานที่อยู่(สามารถติดต่อได้).....

..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคหัวใจ ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

๒. โรคมะเร็ง ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

๓. โรคตับ ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

๔. โรคผิวหนังในระยะอันตราย ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

๕. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

**หมายเหตุ** ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการ เป็นสมาชิกทันที

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น จำกัด เท่านั้น

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

### ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรเลขที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ.....ปี

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนัก..... กก. ความสูง..... เซนติเมตร ความดันโลหิต..... มม./ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ).....

๒.สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์ ดังนี้.....

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....) แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่ตรวจร่างกาย