



ใบเสร็จรับเงิน สสท. เล่มที่

เลขที่

เอกสารประกอบ

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

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

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

- (1) ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิก สอ.
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

- (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 สมาคม

ฉาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกรรณออมทรัพย์สาธาณสุขไทย ปรเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay- In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

- ☐ ชำระจากเงินปันผล เจลียคีน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับสมาคมสถาปนิกสยามขึ้นลงระดัสมหาบัณฑิตสภาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมทอสร.แห่งประเทศไทย

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

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.
ของสมาคมทอสร.แห่งประเทศไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสรท. และได้แนบหลักฐานประกอบ
การสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม
ทอสร.แห่งประเทศไทย ประกาศ สสรท. เรื่องการรับสมัครสมาชิก สสรท.
หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสรท.

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสรท.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสรท. ตั้งแต่วันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่/ 25.....เมื่อวันที่.....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ นายกสมาคม สสรท.

☐ กรรมการ สสรท. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสรท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



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

นาย / นาง / นางสาว.....

- ☐ (1) มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ (2) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ (3) ไม่มีจิตพั่นเพื่อน ไม่สมประกอบ
- (4) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

	ไม่มี	มี
(4.1) โรคมะเร็ง	☐	☐ ระบุ.....
(4.2) โรคหัวใจ	☐	☐ ระบุ.....
(4.3) โรควัณโรค	☐	☐ ระบุ.....
(4.4) โรคปอดเรื้อรัง	☐	☐ ระบุ.....
(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐ ระบุ.....
(4.6) ภาวะไตวาย	☐	☐ ระบุ.....
(4.7) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐ ระบุ.....
(4.8) โรคตับแข็ง	☐	☐ ระบุ.....

(5) มีโรคภัยแรงอื่น ๆ ระบุ.....

ความเห็นแพทย์.....

ลงชื่อ.....
(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (ระบุที่ออกเป็น
สถานพยาบาลของรัฐ)
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (4) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสรท.
เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 เป็นต้นไป

เรียน นายกสผา คมฉายา ปณิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตาม ข้อ (4) และยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ สสรท. ขอประวัติการรักษาในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัว หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสมาธิภาพ สสช. มาตั้งแต่ต้น ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (4) ข้อ 10.2 (7) และข้อ 15 (4) ได้

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสทท.)
 ตัวบรรจง(.....)



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมอนามัยสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสมาคมอนามัยสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสทท. 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 ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสทท.

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสทท.
(.....)

(.....)