

## เอกสารประกอบ

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



เลขประจำตัวสมาชิก สสทท. ....

## ประเภทสมาชิก

- ☐ 1. คู่สมรส
- ☐ 2. บิดามารดา
- ☐ 3. บุตร

## ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ

## สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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

(1) ☐ สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....☐ คู่สมรส/บิดา/มารดา/บุตรของสมาชิกสสทท. ....เลขทะเบียนที่.....☐ เจ้าหน้าที่สมาคมสสทท.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 ข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



### คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย  
ข้าพเจ้า.....สมาชิกสมาคมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย  
ทะเบียนเลขประจำตัว.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 9 ของ  
สมาคมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทยทุกประการ  
ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
วันที่...../...../.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

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

ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

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

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

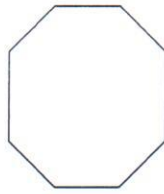
### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

- 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  
ปราศจากประวัติการรักษารโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(1) โรคเมรั้งทุกชนิด 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) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัคร

เป็นสมาชิก สสท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2558 เป็นต้นไป

เรียน นายกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ  
ตาม (1) - (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสท.  
ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพ สสท.ตามข้อบังคับ ข้อ 9.1 (4) และ ข้อ 9.2 (6) และข้อ 14(4) ได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ตัวจริง(.....)



**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 สสทท. 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 สสทท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสทท.

(.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมปณิกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[illegible]

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

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด.....

หรือ.....ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

[illegible]

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

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

เป็นผู้ ( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์ ( ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ

.....ที่ติดต่อ

สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักงานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ) .....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) .....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

$$\left( \begin{array}{c} \\ \vdots \\ \end{array} \right)$$

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) .....ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ส่งลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

( ลงชื่อ ) ..... พยาน

(ลงชื่อ) ..... พยาน

(.....)

(.....)