



หนังสือภรรยาเพื่อสวัสดิการสมาชิก

บัญชีเงินกู้ที่...../..... (เจ้าหน้าที่สหกรณ์กรอก)

ทำที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
เลขทะเบียนที่..... ตำแหน่ง..... เงินเดือน..... บาท สังกัดหน่วยงาน.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทร..... ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้กู้” ได้ทำหนังสือภรรยาไว้
ให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ให้กู้” เพื่อเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ผู้กู้ ขอภรรยาผู้ให้กู้ตามวงเงิน เป็นจำนวน 15,000.- บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ผู้กู้ตกลงว่าจะชำระ
หนี้เป็นงวดรายเดือนภายใต้เงื่อนไขดังนี้ โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ยเท่าๆ กันเดือนละ
จำนวน บาท (.....) ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 2. สำหรับปีต่อๆ ไป ผู้กู้ ขอภรรยาผู้ให้กู้ ตามสัดส่วนที่สมาคมมาปันกิจสังเคราะห์แต่ละสมาคมเรียกเก็บ
ผู้กู้ตกลงว่า จะชำระหนี้เป็นงวดรายเดือนภายใต้เงื่อนไขดังนี้ โดยหักจากเงินได้รายเดือน เงินต้นพร้อมดอกเบี้ย
เท่าๆ กัน ส่งชำระคืนภายใน 12 งวด

ข้อ 3. ผู้กู้ขอให้ผู้ให้กู้ หักเงินภรรยาเพื่อสวัสดิการสมาชิกโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ของสมาคมที่เปิดไว้กับ
สหกรณ์ฯ เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าให้สมาคมมาปันกิจสังเคราะห์เป็นรายปี

ข้อ 4. ผู้กู้ยินยอมจ่ายดอกเบี้ย ตามอัตราดอกเบี้ยที่ผู้ให้กู้กำหนด โดยจะจ่ายดอกเบี้ยจากเงินต้นค้างชำระเป็นรายวัน

ข้อ 5. ผู้กู้ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของผู้กู้ หักเงินงวดชำระหนี้ของผู้กู้ตามข้อ
1,2 เพื่อส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ข้อ 6. ผู้กู้ทราบและเข้าใจดี ขอยอมรับผูกพันตามข้อบังคับ และระบุเบื้องต้นว่าด้วยการให้เงินกู้ฯ ของผู้ให้กู้ที่ได้กำหนด
ขึ้นถือปฏิบัติทุกประการ รวมทั้งหากมีการแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลังด้วย ซึ่งผู้ให้กู้ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้กู้ทราบล่วงหน้า

ข้อ 7. หากผู้กู้ผิดนัดชำระหนี้งวดหนึ่งงวดใด ให้ถือว่าผิดนัดชำระทั้งหมด และหมดสภาพการเป็นสมาชิกสมาคม
มาปันกิจสังเคราะห์ สัญญาภรรยาเป็นอันถึงกำหนดชำระโดยพลัน ผู้กู้ยินยอมให้ผู้ให้กู้ฟ้องร้องบังคับคดีได้ทันที และผู้กู้ยินยอม
ชดใช้ค่าเสียหายที่ผู้ให้กู้ต้องใช้จ่ายในการดำเนินคดีแก่ผู้ให้กู้โดยครบถ้วน

ข้อ 8. สัญญานี้ให้มีผลบังคับใช้ตลอดไปจนกว่าสมาชิกสิ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

ผู้กู้ได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือภรรยานี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ณ วันที่ทำหนังสือนี้

สัญญาเดิมเลขที่.....	
ตรวจสอบแล้วถูกต้อง	
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ประจำหน่วย	
(.....)	
(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ	
(.....)	
ประธาน /รองประธาน /ผู้จัดการ /หรือผู้ที่ได้รับมอบ	

(ลงชื่อ) ผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ให้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) พยาน

(.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด
หนังสือยินยอมให้ส่วนราชการหักเงินบำนาญสหกรณ์ออมทรัพย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี

เลขหมายประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รับราชการสังกัด (1)..... ตำแหน่ง.....

และเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก..... ขอให้ความยินยอมไว้เป็นหนังสือตามพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ.2542 มาตรา 42/1 ดังข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1. ยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทําหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดหักเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ กบช. เงินบำเหน็จดำรงชีพ และเงินอื่นที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการตามจำนวนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งในแต่ละเดือนให้หักเงินเพื่อส่งชำระหนี้ ชำระค่าหุ้น หรือเงินอื่น แล้วแต่กรณีให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข จำกัด แทนข้าพเจ้าในทุกเดือน

ข้อ 2. ในกรณีที่ข้าพเจ้าพ้นจากการเป็นข้าราชการ/ลูกจ้าง และมีสิทธิได้รับเงินบำนาญหรือเงินบำเหน็จ กบช. บำเหน็จดำรงชีพหรือเงินอื่นที่พึงได้รับจากทางราชการ ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดและหรือผู้บังคับบัญชาและหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินประจำหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัดขณะทําหนังสือนี้และสังกัดที่ย้ายไปประจำการในภายหน้าโปรดหักเงินตามจำนวนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แจ้งและส่งเงินจำนวนนั้นให้ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด แทนข้าพเจ้า

ข้อ 3. การหักเงินตามข้อ 1 และข้อ 2 เมื่อได้หักชำระหนี้แก่ทางราชการ (ถ้ามี) แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ หักเงินส่งสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด ก่อนเป็นอันดับแรก ตาม พรบ.สหกรณ์ พ.ศ.2542 มาตรา 42/1

ข้อ 4. หนังสือยินยอมนี้ให้มีผลตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่ถอนการให้คำยินยอม ทั้งหมดหรือแต่บางส่วน เนื่องแต่จะได้รับคำยินยอมเป็นหนังสือจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

หนังสือยินยอมฉบับนี้ทำขึ้นโดยความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และได้อ่านข้อความและเข้าใจโดยตลอด แล้วเห็นว่าตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน อนึ่ง หนังสือนี้ทำขึ้น 2 ฉบับ มีข้อความตรงกัน ฉบับที่หนึ่งเก็บไว้ที่ (1)..... ส่วนฉบับที่สองเก็บไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เก็บไว้เป็นหลักฐานด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอมในฐานะผู้กู้

(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

หมายเหตุ “(1)” หมายถึงข้อส่วนราชการที่ผู้กู้สังกัดหรือมีหน้าที่จ่ายเงินได้

✓

หนังสือให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด

วันที่เดือน..... พ.ศ

ข้าพเจ้า(ผู้รับเงินสงเคราะห์)ขอให้คำยินยอมแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่
นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกสหกรณ์เลขที่..... ที่พึงได้รับจาก
(ชื่อและครรภ์)

- 1. สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (สสธ.นศ.)
- 2. สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขไทย (สสธ.)
- 3. สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เท่ากับจำนวนหนึ่งสิบห้าบาทถ้วน ผูกพันอยู่ในขณะนี้เป็นอันดับแรก ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคลที่ระบุไว้ตามหนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ข้าพเจ้าในฐานะผู้มีสิทธิ์แสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม
(.....)
(ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม
(.....)
(ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม (ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม
(.....)
(ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(ลงชื่อ)..... พยาน (ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่
(.....)
(ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(ลงชื่อ)..... พยาน (ลงชื่อ)..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(.....)
(.....)

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ในสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมณาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (สสร.นศ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คุณสมรสชื่อ.....

- (1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่.....
 อื่น ๆ (ระบุ).....

- (2) ตำแหน่ง..... 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
 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100.- บาท
 ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 50.- บาท
 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 500.- บาท
 รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 650.- บาท (หากอ้อยห้าสิบบาทถ้วน)
 ชำระจากการเพิ่มเงินกู้สวัสดิการสมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมณาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไข ดังกล่าว ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
 (.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ.นศ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระค่าสมัคร และเงินค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคม ณ ปัจจุบัน กิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกาศ สสธ.นศ. เรื่องการรับสมัคร สมาชิก สสธ.นศ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่

สำหรับคณะกรรมการ

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ.นศ. ตั้งแต่วันที่.....

(คราวประชุมเมื่อวันที่)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ(แล้วแต่กรณี)

นายก สสธ.นศ.

ประธาน สอ.....

ผู้จัดการ สอ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 หอผู้.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี ปrank กว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่รู้ความสามารถ หรือจิตฟื้นเพื่อน ไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) 医师 รับความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ หรืออื่นๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรคตาม (1) – (5) หรือโรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สมาคมฯ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสธ.นศ.

เริ่มใช้ตั้งแต่ วันที่ 29 มิถุนายน 2560 เป็นต้นไป

เรียน นายสมานะปานกิจสังเคราะห์สมาคมสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บตาม (1) – (5)

หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วจะเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแกล้งข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ สสธ.นศ.

ใช้สิทธิ์ด้วยข้อพันสภาพ สสธ.นศ. ตามข้อบังคับ ข้อ 9. (4) และ 14 (4) ได้

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสธ.นศ.)

(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์

สมาคมนماปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เลขที่ทะเบียน..... สังกัดหน่วย.....

ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... มือถือ..... ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

โสด

สมรส คู่สมรสชื่อ.....

หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สธ.นศ. พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนี้เป็นอันดับแรก ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % โทร.....

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % โทร.....

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % โทร.....

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % โทร.....

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... % โทร.....

โดยระบุให้บุคคลผู้รับผลประโยชน์ ลำดับที่ ชื่อ - สกุล เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า
มีเงื่อนไข ดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน อื่นๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ
ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาคมนماปนกิจส่งเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ยินยอมให้
ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้และเงินสงเคราะห์ศพหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้าตามที่
เรียกเก็บ ตั้งแต่วันที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีฯ จำกัด ให้ถูกเพื่อจ่ายให้ สธ.นศ. เป็นต้นไป

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ)..... พยาน

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สธ.นศ.

(ลงชื่อ)..... ผู้มีอำนาจลงนาม

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ในสำคัญการเมืองเชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ในรับรองแพทย์บันทึกที่ สสธ. ก้าหนา มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครดวง ต้องมีใบเสร็จรับเงินขาดสุดท้าย หรือ ในรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คุณสมรสชื่อ.....

- (1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....
 อื่นๆ (ระบุ).....

(2) ตำแหน่ง..... หรือปฏิบัติหน้าที่.....
 สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต).....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)
 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..... 5,500... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... 5,540... บาท (ห้าพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่สมาคมหรือศูนย์ประสานงานสมาคม

ชำระเงินเข้าบัญชีสมาคม ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเดอะวิสตอล ราชพฤกษ์ ชื่อบัญชี สมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ประเภทกระแสรายวัน (Bill Payment Pay-In Slip)

เลขที่บัญชี 468-0-39888-5

ชำระจากเงินบั้นผล เหลี้ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย และ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมผู้ปัจจุบันกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสมาคมผู้ปัจจุบันกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.1
ของสมาคมผู้ปัจจุบันกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าส่งเคราะห์ส่วนหน้า ตามข้อบังคับ ระบุเบี้ยบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ และแต่กรณี

ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ ○ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.
○ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

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

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสธ.
- กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ถ้อยແດລງແລະ ໄທກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄຣສາຊີກ ສສທ.



ສສທ. 2

ເບີນທີ..... ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ໜາຍ/ນາງສາວ.....

ເລຂປະຈຳຕົວປະຈານ □□□□□□□□□□□□□□□□□□ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າອໍໃຫ້ປະວັດສຸກພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອນກາຮສັມຄຣສາຊີກ ສສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸກພາແບ່ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍທຸພພລກພ ຈນໄມ່ສາມາກປົງບົດໜ້າທີ່ໄດ້
- 3. ໄມມີຈິຕິພື້ນເືືອນ ໄມ່ສົມປະກອນ

4. ປະວັດກາຮຮາໂຮດຕ່ອໄປນີ້

(4.1) ໂຮມະເຮົງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.2) ໂຮທ້ວໄຈ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.3) ໂຮວັນໂຮຄ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.4) ໂຮປອດເຮືອຮັງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.5) ໂຮເບາຫວານໜັ້ນຮຸນແຮງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.6) ກວະໄດວາຍ(ລ້າງໄຕ)

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.7) ໂຮເອດສີ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.8) ໂຮຕັບແບ່ງ

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.9) ໂຮເອສແລລູ (SLE)

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

(4.10) ໂຮຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກາຮເຫັນວ່າອັນຕຽຍ ຕາມປະກາສແນນທ້າຍຂອງ ສສທ. 2

ໄມ່ມີ ມີ (ຮະບຸ).....

ໜ້າພເຈົ້າອີ່ນຍັນວ່າດ້ວຍແດລງທີ່ໄດ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກາຮ ທ່ານໜ້າພເຈົ້າແດລງຂອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າລົວ ໃຫ້ ສສທ. ຕັດສິທິ່ຈາກກາຮເປັນສາຊີກ ສສທ. ຕາມຂ້ອນນັບດັບສາມາຄມ ພ.ສ. 2566 ຂ້ອ 15(4) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າ ຕລອດທັງທາຍາທ່າງໆ ໃຫ້ຜູ້ຮັບເປັນສົງເຄຣະໜ້າຂອງໜ້າພເຈົ້າຈະໄໝ່ຂອງຮັບສິທິ່ ແລະ ໃຊ້ສິທິ່ໄດ້ ແລະ ຂອບສະລະສິທິ່ໃນກາຮທີ່ຈະ ຮັບເປັນສົງເຄຣະໜ້າໂຮບຄວາມຮັບຮັງເມື່ອໜ້າພເຈົ້າເສີຍໜີວິຕ ຮວມທັງ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໄຈທີ່ຈະເຮັດວຽກຮັບເປັນສົງເຄຣະໜ້າທ່າງໆ ໃຫ້ຜູ້ຮັບເປັນສົງເຄຣະໜ້າທ່າງໆ ເພື່ອອື່ນໃຈຈາກ ສສທ. ທັ້ງສັນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປົງບົດຕາມຂ້ອນນັບດັບສາມາຄມທຸກປະກາຮ

ໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມເປີດແຜຍປະວັດສຸກພາພຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ສສທ. ຂອປະວັດກາຮຮາຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສຖານພຍາບາລທີ່ເກີຍວ່າຂ້ອງໄດ້

ລັງຊື່.....

(.....)

(ຜູ້ສັມຄຣສາຊີກ ສສທ.)

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ຕູ້ນຍື່ປະສານງານ

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ນີ້ຂໍອັບເງິນສົງເຄຣະໜ້າ



ประกาศสมาคมภายนอกจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีผลตั้งแต่วันที่ 28 พฤษภาคม 2566

เพื่อให้การดำเนินงาน สสธ. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรครายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การ ดำเนินงานของ สสธ. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนี้ สสธ. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสธ. ได้รับทราบและใช้เบรับรองแพทย์ (สสธ. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบเบรับรองแพทย์ (สสธ. 2) ได้ที่ www.cpct.or.th และการรับสมัครสมาชิก สสธ. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุในเบรับรองแพทย์ (สสธ. 2) ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)
7. โรคเอ็ดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคເອສແລລື (SLE)

และโรคประจำตัวรายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสธ.
ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (ALZHEIMER)
3. โรคสมองเสื่อม (DEMENTIA)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (ANEURYSM)
5. โรคเส้นเลือดขอดในสมอง

6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSIVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROID TOXICOSIS) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ออร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคชาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมจเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟาราลัสซีเมียเมจเจอร์ (Alpha Thalassemial Major), บีต้าชาลัสซีเมียเมจเจอร์ (Beta Thalassemial Major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันด้วย (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟิลี (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในการณ์ที่ใบรับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุเดียวยังคงมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งใบรับรองแพทย์มาให้ สสธ. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสธ. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์อนุพงศ์ เพ็ญจันทร์ นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติ นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ตันตินิรามัย ซึ่งเป็นที่ปรึกษา อุปนายิก และกรรมการของ สสธ. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สสธ. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในการณ์ที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร สสธ. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2566 ข้อ 10.1 (4) และข้อ 10.2 (8)

ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโภชنةตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงิน
สงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

(ดร.มหาศักดิ์ บุญคริมณีชัย)

นายกสมาคมพาปันกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมมาปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาคมมาปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หยา หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธ. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า
คือ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า (10% ของเงินสงเคราะห์)
ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ "ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว" "ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน"

อื่นๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมมาปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่
..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์.....

จำกัด...หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่
..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....

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

เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
แล้วแต่ว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

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

บัตรประชาชน.เลขที่ บัตรประชาชน.เลขที่

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

บัตรประชาชน.เลขที่ บัตรประชาชน.เลขที่

(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
อำนาจจะถึงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) พยาน (ลงชื่อ) พยาน
(.....) (.....)

เอกสารประกอบ :

- 1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรประจำการผู้สูงอายุ
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สูงอายุ
- 3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐบาลจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 4. แบบคำรับรองสุภาพaten.org
- 5. สำเนาบัตรประจำชาติ และทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 6. รูปถ่าย ณ วันนี้เอกสาร
- 7. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของ สส.
- 8. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 9. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)



สมัครผ่าน

- ศูนย์ประสานงาน
- ศูนย์ประสานงานระดับจังหวัด

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

เลขมาบันกิจ.....

รอบสมัคร...../.....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

สมาคมณาปนกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(1) ข้อมูลสมาชิก :

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/..... เกิด/เดือน/ปี เกิด..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิง

สถานภาพ โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือ หม้าย

เป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนสมาชิก.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... Email.....

(2) กลุ่มวิชาชีพของศูนย์ประสานงานต้นสังกัด :

ครู สาธารณสุข ทหาร ตำรวจ ราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกอบการ

สังกัด..... หน่วยงาน..... ตำแหน่ง.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน :

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

(4) ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ :

ชื่อหมู่บ้าน/คอนโด/อื่นๆ..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

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

(5) การชำระเงิน

(5.1) จำนวนเงินค่าสมัครครั้งแรก ให้เป็นไปตามประกาศของสมาคม

ชำระเป็นเงินสด ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน

(5.2) การชำระเงินสหกรณ์ล่วงหน้ารายปีครั้งต่อไป โดยให้สหกรณ์หัก ดังนี้

ชำระจากเงินปันผล/เฉลี่ยคืน ชำระจากบัญชีโครงการฝากเพื่อสวัสดิการ/เงินฝากในสหกรณ์สมาชิก

ชำระจากการเพิ่มเงินในการกู้สามัญ/กู้ฉุกเฉิน ชำระเป็นเงินสด

ชำระจากการเก็บเงินล่วงหน้า จำนวนกู้สามัญ อื่นๆ

** ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจว่าต้องประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมณาปนกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ รวมไปถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลตามกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินกิจการของสมาคมเท่านั้น **

ลงชื่อ.....
(.....) ผู้สมัคร

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... เป็นผู้มีคุณสมบัติ
ในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

เรียน นายก สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถ้วนต้อง

- เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ.
- ไม่เห็นควรรับเป็นสมาชิก สส.ชสอ. เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> ผู้จัดการ
<input type="radio"/> เหตุญาณ/เลขานุการ ศูนย์ฯ
<input type="radio"/> ประธาน/รองประธาน ศูนย์ฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พึงยอมชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าบำรุง และเงินค่าลงทะเบียนที่ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ สส.ชสอ. เรื่อง การรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ สส.ชสอ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....

(คณะกรรมการ..... คราวประชุมครั้งที่..... เมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจเสนอ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> กรรมการ สส.ชสอ.
<input type="radio"/> อุปนายก สส.ชสอ.
<input type="radio"/> นายก สส.ชสอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

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

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ _____ เลขที่บัญชี _____

บัญชีบ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

ทำงานประจำในตำแหน่ง _____ สถานที่ทำงาน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน _____

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิ์ให้ _____

เลขประจำตัวประชาชน _____ เกี่ยวข้องเป็น _____ เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึงจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ

ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ _____ จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้น

หากกับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนี้เป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

3.2 _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

3.3 _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

3.4 _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

3.5 _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ) _____ ผู้สมัคร (ลงชื่อ) _____ พยาน

(ลงชื่อ) _____ ผู้จัดการ/จนท.ศูนย์ฯ

(ลงชื่อ) _____ ประธาน/รองประธาน/กรรมการ ศูนย์ฯ

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ไว้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้

1. ผู้รับเงินสงเคราะห์และหรือผู้จัดการศพ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 7 ข้อ 23 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัว ข้อ 3) ดังต่อไปนี้

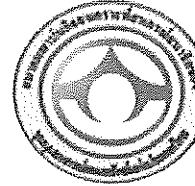
- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1.1 สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา | 1.4 บุญตา ยาย |
| 1.2 พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน | 1.5 ลุง ป้า อา |
| 1.3 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน | 1.6 ผู้คุก Haram หรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู |

ถ้าไม่มีบุคคลที่สามารถบุปผาได้ในสมัคร ให้สมาคมฯ จ่ายเงินดังกล่าวให้แก่บุคคลใน ข้อ 1.1 - 1.6 ตามลำดับก่อนหลัง ถ้ามีผู้อยู่ในลำดับเดียวกันหลายคน ให้สมาคมฯ แบ่งเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวที่เหลืออยู่ให้แก่ทุกคนในสัดส่วนที่เท่ากัน หากไม่อาจแบ่งเงินให้แก่บุคคลได้ดีให้เงินนั้นตกเป็นของแผ่นดิน

2. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2.1 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....	2.4 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....
2.2 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....	2.5 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....
2.3 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....	2.6 ลงชื่อ..... (.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)
ณ วันที่.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 ที่ลงนาม.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

"ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ..... ปี

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....

- (1) มีสุขภาพแข็งแรง
 - (2) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 - (3) ไม่มีจิตพันธุ์เสื่อม ไม่สมประกอบ
 - (4) ไม่เป็นโรคเหล่านี้

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

คงชีวิตร่วมกับ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันที่มาจากสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนในอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (4),(5) หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย สส.ชสอ. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบบรรรองแพทย์ตามแบบที่ สส.ช.سو. กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สส.ช.سو.

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นไป



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

สมาคมมาปันกิจสังเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____

เลขประจำตัวประชาชน อายุ _____ ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟันเฟือง ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|------------------------------|---|
| (4.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.3) โรควัณโรคในระยะอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.5) โรคเออเดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.7) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.8) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |
| (4.9) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบบ _____ |

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความสัตย์จริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงแล้ว ขอให้ สส.ชสอ. ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สส.ชสอ. ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (4.1)-(4.9) ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปีนับแต่ที่ สส.ชสอ. มีนติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนด 1 ปี ทาง สส.ชสอ. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และข้อมูลอื่นๆ ให้ สส.ชสอ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ _____

ตัวบรรจง (_____)

(ผู้สมัครสมาชิก สส.ชสอ.)

ลงชื่อ _____

ตัวบรรจง (_____)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ _____

ตัวบรรจง (_____)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



แบบตรวจสอบหลักฐานชุดใบสมัคร สส.ชสอ. (ประเภทสามัญ)

สหกรณ์ออมทรัพย์ รหัส พื้นที่

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร

วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี วันที่สมัคร

เลขบานกิจ รอบสมัคร วันที่เริ่มเป็นสมาชิก

เอกสารหลักฐานการสมัคร สส.ชสอ. ดังนี้

- 1. ใบสมัครสมาชิก : สส.ชสอ.ส.1/1
- 2. สำหรับเจ้าหน้าที่ กรรมการ ศูนย์ประสานงานและสมาคม : สส.ชสอ.ส.1/2
- 3. หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ : สส.ชสอ.ส.2/1
- 4. ลงลายมือชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ให้เป็นหลักฐานการยินยอมให้หักเงินเพื่อชำระหนี้ : สส.ชสอ.ส.2/2
- 5. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 6. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้สมัคร
- 7. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
- 8. สำเนาบัตรประชาชน หรือ บัตรข้าราชการของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- 9. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์ จำนวน คน
- 10. แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง : สส.ชสอ.ส.5 (30 ก.ย.63)
- 11. ใบรับรองแพทย์ออกโดยโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐบาลประจำ (อายุไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่สมัคร)
- 12. หลักฐานการเป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือ สส.สห. สส.สก.
- 13. รูปถ่าย ณ วันยื่นเอกสาร ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนด
- 14. เอกสารหลักฐานอื่นๆ

เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ	ผู้พิจารณาคุณสมบัติ
เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ	เอกสารหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ อื่นๆ
(.....) ผู้ตรวจสอบเอกสาร /	(.....) ประธาน,รองประธาน / เหรียญภูมิ,เลขานุการ / ผู้จัดการ /

หมายเหตุ : โปรดตรวจสอบการกรอกข้อมูลของสมาชิก และเอกสารหลักฐานอย่างละเอียด เพื่อสะดวกในการพิจารณาปรับสมາชิก และลดข้อโต้แย้งของการขอข้อมูลเพิ่มเติม.....ขอบคุณค่ะ ๑