

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

ฉกส.สส.นพ.1

เอกสารประกอบ

1. รูปถ่าย 1 นิ้ว 2 แผ่น
2. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
5. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
6. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
7. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



เลขทะเบียนสมาชิกสมาคม.....

รูปถ่าย

1

นิ้ว

ใบสมัครสมาชิกสมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม (ฉกส.สส.นพ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□□□

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

(1) ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก ที่.....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....เช่น บิดาสมาชิกสมาคมฯ , มารดาสมาชิกสมาคม เป็นต้น

(2) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....โทรสาร(ที่ทำงาน).....

(3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4) ขอชำระเงินในการสมัครสมาชิก ครั้งแรก ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 50 บาท

☐ เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เป็นเงิน 1,000 บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 1,150 บาท (หนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

โดยชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ ตัดจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ ☐ ตัดจากเงินกู้เพื่อเหตุฉุกเฉิน

(5) การจ่ายเงินค่าบำรุงรายปีและเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้าในปีต่อไป ข้าพเจ้าขอชำระให้สมาคมโดยวิธี

☐ หักจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี.....ซึ่งเจ้าของบัญชีได้ให้ความยินยอมเป็นหนังสือแนบท้ายใบสมัครนี้แล้ว

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสมทบ และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำยินยอมของผู้ปกครอง (กรณีผู้สมัครยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้ปกครองของ.....
และยินยอมให้.....สมัครเป็นสมาชิกสมทบของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด
จึงขอรับรองไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

คำรับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคม

ข้าพเจ้า.....☐ สมาชิกฌกส.สส.นพ.เลขที่.....
☐ กรรมการ ฌกส.สส.นพ.เลขที่.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของ ฌกส.สส.นพ.ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกสมทบของ ฌกส.สส.นพ. และได้แนบ
หลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนพร้อมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าตามข้อบังคับ
และระเบียบสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด ประกาศ ฌกส.สส.นพ. เรื่อง
การรับสมัครสมาชิกสมทบ ฌกส.สส.นพ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

และได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน เลขที่.....ลงวันที่.....ครบถ้วน

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ฌกส.สส.นพ. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่).....
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์เมื่อวันที่.....



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

แล้วปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



หนังสือแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....โทรสาร.....

1. สถานภาพ

☐ โสด

☐ สมรส คู่สมรสชื่อ.....

☐ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ ที่ฉกส.สส.นพ.พึงจ่าย โดยจ่ายให้กับสภกรณ์
ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก ส่วนที่เหลือ
มอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....
2.6.....เกี่ยวข้องกับ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้หรือกระทำการ
ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ฉกส.สส.นพ.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม

(.....)



หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีเงินฝากเพื่อชำระให้
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....โทรสาร.....

เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด เลขทะเบียนที่.....เจ้าของบัญชีเงินฝาก
ประเภท.....เลขที่..... ได้ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า
เพื่อชำระให้แก่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด ตามจำนวนที่สมาคมเรียกเก็บ
เพื่อชำระแทน นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....ซึ่งได้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ
สมาคมพัฒนากิจสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด และความยินยอมนี้จะมีตลอดไป トラバเท่าที่ นาย/นาง/
นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....ยังคงเป็นสมาชิกสมทบของสมาคมนี้

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด อายัดเงินจำนวน 1,000.-บาท จาก
บัญชีเงินฝากประเภท.....เลขที่.....เพื่อกันไว้เป็นค่าใช้จ่ายตามที่สมาคมพัฒนากิจ
สงเคราะห์เรียกเก็บ ตามจำนวนเงินที่ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....ต้องชำระ
ให้แก่สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขนครพนม จำกัด

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)