

เอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
 - ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
 - ☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส
 - ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
 - ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสทท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
 - ☐ 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
 - ☐ 7. กรณีเสียชีวิตประมาทสมทบสหกรณ์ฯ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พร้อมรับรองสำเนา



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่
เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (วาระปกติ)

สมาคมพัฒนาธุรกิจระหว่างประเทศแห่งประเทศไทย (สสพท.)

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

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

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□ เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

คำสมรสถ์.....

1 ☐ สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

2 ประกอบอาชีพ

2.1 ☐ พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)

☐ พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)

2.2 ☐ เจ้าหน้าที่ สสทท./กสทท. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.3 ☐ กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.4 ☐ คู่สมรส ☐ บุตรของสมาชิก สสรท. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)

อาชีพ (ระบุ)

2.5 ☐ บิดา ☐ มารดา ของสมาชิก สสรท. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)

อาชีพ (ระบุ)

2.6 ☐ อื่นๆ (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... ID Line.....

เป็นสมาชิกสมทบของสมาชิกสามัญ (ระบุชื่อ - สกุล)

เลขสมาชิก สอ. เลขฉापหนังสือ

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

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

****กรณีเงินติดต่อกับ (นาย/นาง/นางสาว) เกี่ยวข้องเป็น.....**

โทรศัพทมือถือ..... ID Line.....

4 การชำระเงิน ดังนี้

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท

☐ ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท

☐ เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....6,000....บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....6,040.....บาท (หกพันสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ขอบบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ
และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

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 10.2
ของสมาคมทอสร.แห่งประเทศไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสรท. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสรท. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

เสนอ ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสรท.

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสรท.

คำสั่ง ☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสรท. ตั้งแต่วันที่.....

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

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

☐ นายกสมาคม สสรท.

☐ กรรมการ สสรท. ปฏิบัติการแทน

นายกสมาคม สสรท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตามข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสทท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

สสท. 2

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสท. ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|---|--|
| (4.1) โรคมะเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย(ล้างไต) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสท. 2 | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2569 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์ สมาคมทนายสังคมสงเคราะห์สมาชิกรวมกันเพื่อมนุษยธรรมแห่งประเทศไทย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิกรวมกันเพื่อมนุษยธรรมแห่งประเทศไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

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

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสรท. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า(10%ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

☐ อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

****หมายเหตุ :** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อเป็นการรักษาสิทธิ

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสรท.

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสรท.

(.....)

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

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักงานบ้านเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

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

บัตรปช.เลขที่ บัตรปช.เลขที่.....
 (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
 (.....) (.....)

บัตรปช.เลขที่..... บัตรปช.เลขที่.....
(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบ
อำนาจจริงและได้ส่งลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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