

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงมีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือใบรับรองแพทย์ต้นสังกัด



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ / สมทบ

กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

สมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

(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 100 บาท

เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า.....บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการฯ (สหกรณ์ต้นสังกัด)

ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่บัญชี.....

ชำระจากเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนสวัสดิการฯ ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เสนอ

เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสวัสดิการฯ/หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย



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

ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ

(2) โรคหัวใจ

(3) โรคฉี่หนูในระยะอันตราย

(4) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

(5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

(1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) แพทย์สรุปความเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนสวัสดิการสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะไม่รับเป็นสมาชิก

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม (1) – (5) หาก

ข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนสวัสดิการสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนสวัสดิการสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2561

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....)ตัวบรรจง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

สมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือเลขทะเบียน

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

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

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการที่กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจ่ายให้กับบุคคลดังต่อไปนี้

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

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

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

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

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

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก กองทุนสวัสดิการฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนสวัสดิการฯ

(.....)

