



หน่วยงานต้นสังกัดรับวันที่.....
ผู้รับใบสมัคร.....วันที่...../...../.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภากาชาดไทยสมุทรสาคร จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ ประเภท สามัญ สมทบ

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฯ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เป็น ข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ

อื่น ๆ (คู่สมรส บุตร บิดา มารดา พี่ น้อง) นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง (ตาม จ.18).....

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

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

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภากาชาดไทยสมุทรสาคร จำกัด

โดยข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภากาชาดไทยสมุทรสาคร จำกัด พ.ศ. 2549

ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางราชการ / หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจาก

ทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด เพื่อส่งให้สมาคม เป็นค่าสงเคราะห์ประจำเดือน

โดยหักจากเงินเดือน นาย/นาง/นางสาว.....

เป็นสมาชิกสามัญ เลขสมาชิกสหกรณ์.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่สมาคมฯ

พึงจ่ายให้แก่บุคคล ดังนี้

1.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3.เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อผู้สมัคร).....

ตัวบรรจง(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้รักษาการแทน

หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ต้องผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบของหัวหน้าหน่วยงาน /

กลุ่มงานที่ต้นสังกัดหรือผู้รักษาการแทน ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับสมาคมฯ

และยินยอมให้หักเงินเดือนหรือค่าจ้างเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง(.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยราชการ.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง(.....)

สมาชิกสมาคมฯ ประเภท.....เลขสมาชิกสหกรณ์.....

ติดรูปถ่ายหน้าตรง
ไม่สวมหมวก
ขนาด 1 นิ้ว, นิ้วครึ่ง,
หรือ 2 นิ้ว

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฯ

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสมาคมฯ

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการสมาคมฯ

...../...../.....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการสมาคมฯ

...../...../.....

เป็นสมาชิกสมบุรณ์วันที่.....

เลขทะเบียน.....

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 2. สำเนาบัตรประชาชน
- 3. รูปถ่าย 2 แผ่น

กรณีสมัครเป็นสมาชิกสมทบให้แนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

- * สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรส)
 - * สำเนาทะเบียนบ้านของสมาชิกสหกรณ์
- กรณีบิดา/มารดา บุตร พี่ น้อง)

ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้สอบประวัติ และตรวจร่างกายของ.....อายุ.....ปี
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ปรากฏว่า

- มีสุขภาพดี
 มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ 2 ปี ล่วงมาเคยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....
เมื่อ.....ด้วยโรค.....
ผลการรักษา.....

- สมควร ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

ตำแหน่ง.....

กองหรือจังหวัด.....

กรม.....กระทรวงสาธารณสุข

เรียน ประธานกรรมการสมาคมฯ

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน
ใกล้ชีวิตอันตราย หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม
ให้สมาคมฯ ใช้สิทธิบอกกล่าวภายในกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่สมาคมฯ ทราบมูลเหตุอันจะบอกกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ)

ตัวรับรอง(.....)