

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสธ. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านที่รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมัครประเภทสมาชิกสหกรณ์ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดของสหกรณ์ที่ออกบัตร
- 8. กรณีสมัครสมาชิกต้องแนบสำเนาบัตรของสหกรณ์ที่ตนสังกัด หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ที่ตนสังกัด



ใบเสร็จรับเงิน สสธ. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (วาระปกติ)

สมาคมผู้ป่วยนักจิตสุขภาพแห่งประเทศไทย (สสธ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ

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

เลขประจำตัวประชาชน ก懿วันที่.....เดือน..... พ.ศ

คู่สมรสชื่อ.....

1 สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....ประกอบอาชีพ2.1 พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)2.2 เจ้าหน้าที่ สสธ./กสธ. ตำแหน่ง (ระบุ)2.3 กรรมการ/ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ)2.4 คู่สมรส บุตรของสมาชิก สสธ. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)
 อาชีพ (ระบุ)2.5 อื่นๆ (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน ตำบล แขวง).....

อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

เป็นสมาชิกสมทบของสมาชิกสามัญ (ระบุชื่อ – สกุล)

เลขสมาชิก สอ. เลขบัตรประจำตัว.....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

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

อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

4 การชำระเงิน ดังนี้

 ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า..... 5,640 บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... 5,640 บาท (ห้ามหักรอยสิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมผู้ป่วยนักจิตสุขภาพแห่งประเทศไทย และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

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

จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2

ของสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคมประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าส่งเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ และแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ. ตั้งแต่วันที่.....

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

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

นายกสมาคม สสธ.

กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



สสธ. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสธ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี
เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้
โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ)
โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิรุณ ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งที่

- | | |
|---|---|
| (3.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.6) ภาวะไตวาย(ลังไถ) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสธ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่าเป็นโรคตามข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกลงเป็นโมฆะทันที
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
สมาชิก สสธ. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະ ໄທກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສົມຈັກສະນຸມສຳເນົາ

ମେଲ୍ଲିକା

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
 - 2. ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 - 3. ไม่มีจิตพันธุ์เพื่อน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|---|--|
| (4.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย(ล่างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเออดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคເອສແລລອື້ (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสส. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขออภัยนัยนว่าถ้อยແຄลงທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະກາດ หากข้าพเจ້ແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເຖິງແລ້ວ ໃຫ້ ສສຮທ. ຕັດສີທີ່ຈາກການເປັນສມາຊືກ ສສຮທ. ຕາມຂໍ້ອັນດັບສາມາຄມ พ.ສ. 2567 ຂ້ອງ 15(4) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ข้าพเจ້າ ຕົວດີທັງທ່າຍາທ່ຽວຜູ້ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່ຂອງ ข้าพเจ້າ ຈະໄມ່ຂ່ອງຮັບສີທີ່ ແລະ ໄສີທີ່ ໄດ້ ແລະ ຂອສະລະສີທີ່ ໃນການທີ່ຈະ ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່ ດ້ວຍຕ່ອບດ້ວຍເມື່ອ ข้าพเจ້າ ເສີ່ງສົງເຄຣະ ຮ່ວມທັງ ข้าพเจ້າ ໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮີຍກ່ຽວຂ້ອງເງິນສົງເຄຣະທີ່ ອີ້ວ່າ ເງິນນີ້ ໄດ້ຈຳກັດຕືກໂດຍມີຄວາມອັນເປັນເຖິງ ແລ້ວ ໃຫ້ ສສຮທ. ກັ້ນສິນ ໂດຍ ข้าพเจ້າ ຍິນຍອມປົກປົກຕິ ຕາມຂໍ້ອັນດັບສາມາຄມທຸກປະກາດ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสจ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ដៃសម្រេចសមាគិក សសនាទ.)

ଓংগোলি

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ପ୍ରକାଶକ

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสองคราห์



ประกาศสมาคมมาปนกิจส่งเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรครายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

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

ดังนั้น สสธ. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสธ. ได้รับทราบและใช้บริร้องแพทย์ (สสธ. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ www.cpct.or.th และการรับสมัครสมาชิก สสธ. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค ๑ โรค ตามที่ระบุในรับร้องแพทย์ (สสธ. 2) ดังนี้

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

และโรคประจำตัวรายแรงอื่น ๆ ๒๐ โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสธ.
ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)
3. โรคสมองเสื่อม (Dementia)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)
5. โรคเส้นเลือดขอดในสมอง (Cerebral AVM)

21

6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Thyroiditis) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ thyroid hormone อยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคชาลัสซีเมีย (Thalassemia) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟ่าชาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha thalassemial major), เปต้าชาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta thalassemial major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ที่มีค่า_hbA1c มากกว่า 8% และค่า_hbA1c ในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver disease) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกผื่อย (Aplastic anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (Immune thrombocytopenic : ITP)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มีนักในกรณีที่เบรับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุโดยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งเบรับรองแพทย์มาให้ สสธ. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสธ. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติ นายนายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ตันตินิรนามัย ซึ่งเป็นอุปนายก และกรรมการ ของ สสธ. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สสธ. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบร่วมกันว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมากก่อนการสมัคร สสสท. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2567 ข้อ 10.1 (5) และข้อ 10.2 (9) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโภชตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 เป็นต้นไป


(ดร.มหาสุข นุจุ่นรีเม่นีชัย)
นายกสมาคมสถาปนิกจังหวัดสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

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

สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

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

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

โทรศัพท์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่า 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 "ได้รับเต็มจำนวนเพียงครึ่งเดียว" "ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน"

อื่นๆระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมนาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....

เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ชื่อ..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....

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

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด

หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่ ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ชื่อ..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....

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

เป็นผู้() รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์() อื่นๆ ที่พึงได้รับ

แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ

สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและรับมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....) (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....) (.....)

บัตรประชาชน.เลขที่.....

บัตรประชาชน.เลขที่.....

(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) พยาน (ลงชื่อ) พยาน

(.....) (.....)