

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบการสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สูติบัตร และทะเบียนบ้าน ของผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์

วันที่รับ

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

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

(1) เป็นสมาชิก **สามัญ** ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด จำกัด หรือ เป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ของสมาชิกสามัญ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด เลขสมาชิก.....ชื่อ.....หน่วยงาน.....

(2) เป็นสมาชิก **สมทบ** ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด จำกัด เลขสมาชิก.....หน่วยงาน.....

(3) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

(4) สถานที่ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

(5) ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเงินปันผล เฉลี่ยคืน เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด เพื่อชำระค่าบำรุงรายปีและค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรองของสมาชิกหรือกรรมการ

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมไม่น้อยกว่า 2 คน หรือกรรมการของสมาคม 1 คน

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....
เป็นผู้มีความประพฤติดีและมีคุณสมบัติที่จะสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์
สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ได้

ลงชื่อ.....สมาชิก/กรรมการ เลขทะเบียน.....
(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิก/กรรมการ เลขทะเบียน.....
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

ตรวจสอบแล้ว ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ฌ.อ.ส. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศ ฌ.อ.ส. เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และรับสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

มติที่ประชุมคณะกรรมการ

- อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ฌ.อ.ส. ตั้งแต่วันที่
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ใบรับรองแพทย์

สำหรับสมัครสมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ปรากฏว่า

นาย/ นาง/นางสาว.....

มีสุขภาพแข็งแรง

มีโรคที่อยู่ระหว่างการรักษา (ระบุ)

ความเห็นแพทย์

.....

.....

.....

.....



ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (ระบุที่ออกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ)
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (3) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมกำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สภกรณ์ออมทรัพย์

สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด จำกัด เลขทะเบียน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ ณ.อ.ส. พึ่งจ่ายให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

(ให้เป็นไปตามระเบียบของสมาคม) ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ 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.....%

หรือมีเงื่อนไขอื่น (ระบุ).....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....

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

โทรศัพท์มือถือ.....ยินยอมและมอบอำนาจให้สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ หรือเงินอื่นใดที่พึงได้รับจากสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

เชียงใหม่ จำกัด เพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ.....

ที่พึงมีต่อสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน