

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

**เอกสารประกอบการสมัคร**

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

ณ.อ.ส.  1  2  3  4  5

เลขที่สมาชิก.....

## ใบสมัครสมาชิก

### สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1)  เป็นสมาชิก **สามัญ** ของสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด เลขที่สมาชิก.....

เป็นสมาชิก **สมทบ** ของสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด เลขที่สมาชิก.....

**หรือ** เป็น  บิดา  มารดา  คู่สมรส  บุตร ของสมาชิก สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ประเภทสามัญ เลขที่.....ชื่อ.....  
หน่วยงาน.....ตำแหน่ง.....

(2) ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก

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

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

(3) การชำระเงิน ดังนี้

3.1 การชำระเงินครั้งแรก

-ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก  ณ.อ.ส.1 เป็นเงิน 50 บาท  ณ.อ.ส.2,3,4,5 เป็นเงิน 50 บาท

-ค่าบำรุงรายปี  ณ.อ.ส.1 เป็นเงิน 20 บาท  ณ.อ.ส.2,3,4,5 เป็นเงิน 50 บาท

-เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า  ณ.อ.ส.1 เป็นเงิน 3,500 บาท  ณ.อ.ส.2,3,4,5 เป็นเงิน 2,000 บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้  ณ.อ.ส.1 เป็นเงิน 3,570 บาท  ณ.อ.ส.2,3,4,5 เป็นเงิน 2,100 บาท

3.2 การชำระเงินครั้งต่อไปข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินปันผล เฉลี่ยคืน เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึง

ได้รับจากสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด เพื่อชำระค่าบำรุงรายปีและค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ..... แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

## สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

สมาคมสถาปนิกสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด .....

ตรวจสอบแล้ว ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ฌ.อ.ส. .... และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับระเบียบ และประกาศ ฌ.อ.ส. .... เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และรับสมัครสมาชิกสมาคมสถาปนิกสงเคราะห์

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      ปราบกฏว่า

นาย/ นาง/นางสาว.....

มีสุขภาพแข็งแรง

มีโรคภัยแรง (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. ....สมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์  
 สาธารณสุขเชียงใหม่ จำกัด ..... เลขทะเบียน.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

1. สถานภาพ

โสด  สมรส จดทะเบียน/ไม่จดทะเบียน คู่สมรสชื่อ .....

หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ ณ.อ.ส. .... พึ่งจ่ายให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า  
 คือ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า (ให้เป็นไปตาม  
 ระเบียบของสมาคม) 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.....%

โดยมีเงื่อนไข ดังนี้  ให้ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว  ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ  
 กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์**  
**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขเชียงใหม่ 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 หรือเงินอื่นใดที่พึงได้รับจากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

เชียงใหม่ จำกัด ..... เพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของข้าพเจ้าที่มีต่อสภกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข

เชียงใหม่ จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

ลงชื่อ..... พยาน  
 (.....)

ลงชื่อ..... พยาน  
 (.....)