



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญ เลขทะเบียนสมาคม.....

- สมาชิกหลัก คู่สมรส บุตร เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์.....
 บิดา มารดา พี่น้อง บุคคลในทะเบียน เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญ
 วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี
 สังกัดหน่วย/โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล.....
 อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ร่วมบุญแล้ว
 มีความเต็มใจ และยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งสมาคมฯ ทุกประการไม่ว่าข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่งนั้นๆ จะออกก่อนหรือ
 หลังการสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไขประการใดก็ดี ถ้าข้าพเจ้าฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งของสมาคมยินยอมรับผิดชอบ
 แต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ใช้สิทธิโต้แย้งต่อสมาคมอย่างใดโดยสิ้นเชิง สำหรับดอกเบี้ยเงินฝากจาก เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าข้าพเจ้าขอบริจาคให้สมาคม
 ถ้าสมาคมฯจ่ายเงินสงเคราะห์ศพตามระเบียบของสมาคมข้าพเจ้าขอให้สมาคมฯ จ่ายเงินให้แก่ผู้รับผลประโยชน์ดังนี้

- 1.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 2.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 3.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า
- 4.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ข้าพเจ้า

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ให้ได้รับจำนวนเต็มเพียงผู้เดียวตามลำดับ ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน
 อื่นๆ (ระบุ)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
 (.....)

* กรณีสมาชิกสมทบ

คำรับรองของสมาชิกหลัก ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครข้างต้น มีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคม และข้าพเจ้าขอยืนยัน ให้คำยินยอม
 ในการปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก
 (.....)

เสนอคณะกรรมการ ข้าพเจ้าได้พิจารณาใบสมัครของ.....เห็นควรว่ามีคุณสมบัติ

- ถูกต้อง เห็นสมควรอนุมัติเป็นสมาชิกได้ ไม่ถูกต้อง ไม่สมควรอนุมัติเป็นสมาชิกสาเหตุ.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ ลงชื่อนายทะเบียน
 (.....) (.....)

มติคณะกรรมการ อนุมัติ ไม่อนุมัติรับเป็นสมาชิก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคม
 (.....)

จ่ายเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า วันที่..... ที่ประชุมมีมติรับเป็นสมาชิก วันที่.....
 มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ (ครบ 180 วัน) วันที่.....

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้สมัคร
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานสถานพยาบาลไม่เกิน 30 วัน
4. **กรณีสมทบ** (คู่สมรส,บุตร,บิดา,มารดา,บุคคลในทะเบียนบ้าน) **จะต้องมีใบตรวจเชื้อ HIV (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง)**
 การชำระเงินครั้งแรกเป็นเงินสด ค่าสมัคร 50 บาท + บำรุงสมาคมปีละ 20 บาท + สงเคราะห์ล่วงหน้า 500 บาท **รวม 570 บาท**
 หลังจากนั้นสมาคมฯจะหักผ่านบัญชีเงินเดือนศพละ 30 บาท เก็บตามจำนวนสมาชิกที่เสียชีวิต

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (1).....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....

สถานที่อยู่.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาวไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (5) โรคจิตต่างๆ
- (6) โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- (7) กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย