

เลขประจำตัวประชาชน ผู้สมัคร

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิ่งสงเคราะห์

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด 2 (ส.สอ.ม.2)

เขียนที่.....
วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก ส.สอ.ม. 2

เรียน นายกสมาคมฯ ส.สอ.ม.2

1.ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี
เป็น ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานของรัฐ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ อื่น ๆ.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง (ตาม จ.18).....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลกิ่งสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
มหาสารคาม จำกัด โดยข้าพเจ้าทราบ และรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ส.สอ.ม 2 ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติม
ภายหลังทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ทาง สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด หักเงินเดือน หรือค่าจ้าง
หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด ส่งให้ ส.สอ.ม 2
เป็นเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าประจำปี

ชื่อคู่สมรส.....
ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ ส.สอ.ม.2 พึ่งจ่าย หลังจากหักเงินค่าจัดการศพให้บุคคลที่ระบุไว้และ
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับจำนวนหนี้สินข้าพเจ้าผูกพัน
อยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้

1.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....
2.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....
3.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

คำรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน หรือ สมาชิก ส.สอ.ม2 (ต้องไม่ใช่สามีหรือภรรยาของผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ส.สอ.ม 2 และยินยอมให้หักเงินเดือน หรือเงินค่าจ้าง

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ประจำเดือน สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานราชการ

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก ส สค ม 2 ประเภท

เลขทะเบียน

หลักฐานประกอบการสมัคร

*สำเนาบัตรประชาชน สำเนา
ทะเบียนบ้าน ผู้สมัคร และผู้รับ
ผลประโยชน์ ทุกคน
*ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง
โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงาน
ของรัฐ ไม่เกิน 30 วัน

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

เรียน นายกสมาคมฯ

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

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

(ลงชื่อ).....

เลขานุการสมาคมฯ

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

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

นายกสมาคมฯ

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

.....
เลขทะเบียน.....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการสมาคมฯ

ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัดหน่วยงานของรัฐ
เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้สอบประวัติและตรวจร่างกายของ.....อายุ.....ปี
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปรากฏว่า
☐ มีสุขภาพดี
☐ มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ 2 ปี ล่วงมาเคยเข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....
เมื่อ.....ด้วยโรค.....
ผลการรักษา.....
☐ สมควร ☐ ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรับรอง
ประทับตราของรัฐ

เรียน นายกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด 2

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ
เบียดเบียนใกล้ชิดอันตราย หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมให้ ส.สอ.ม. ให้สิทธิบอกกล่าวภายในกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่ ส.สอ.ม. 2 ทราบมูลเหตุอันจะบอกกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัครสมาชิก ส.สอ.ม.2)
ตัวบรรจง (.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด 2 (ส.สอ.ม.2)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

[illegible]

เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

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

ข้าพเจ้ายินยอมและมอบอำนาจให้ **สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข**
มหาสารคาม จำกัด 2 (ส.สอ.ม.2) เป็นผู้ () รับเงินค่าจัดการศพ () รับเงินสงเคราะห์ () อื่นๆ ที่พึงจะได้รับแทน
ข้าพเจ้า เพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ นาย/นาง/นางสาว.....ที่มี
ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขมหาสารคาม จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือ ของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)