



ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์กรุงเทพฯ (สอ.) เลขทะเบียนสมาคม.....

สมาชิกหลัก  คู่สมรส  บุตร  คู่สมรสของบุตร เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์.....

สมาชิกสมทบสหกรณ์ เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์..... เขียนที่ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สอ.กรุงเทพฯ  
วันที่.....

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

สังกัดหน่วย/โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ข้าพเจ้ามีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

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

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์กรุงเทพฯ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์อ้อมทรัพย์กรุงเทพฯ แล้ว มีความเต็มใจ และยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งสมาคมฯ ทุกประการ ไม่ว่าข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่งนั้นๆ จะออกก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไขประการใดก็ดี ถ้าข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งของสมาคมยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ใช้สิทธิโต้แย้งต่อสมาคมอย่างใดโดยสิ้นเชิง 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 ให้คำยินยอมในการปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบของสมาคมฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....สมาชิกหลัก

(.....)

**เสนอคณะกรรมการ** ข้าพเจ้าได้พิจารณาใบสมัครของ.....เห็นควรมีคุณสมบัติ

ถูกต้อง เห็นสมควรอนุมัติเป็นสมาชิกได้  ไม่ถูกต้อง ไม่สมควรอนุมัติเป็นสมาชิกสาเหตุ.....

ลงชื่อ.....เลขานุการ

ลงชื่อ.....นายทะเบียน

(.....)

(.....)

**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

\* คู่สมรสของบุตรให้แนบ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรและ สำเนาทะเบียนสมรส

การชำระเงินครั้งแรกเป็นเงินสด ค่าสมัคร 100 บาท + บำรุงสมาคมปีละ 20 บาท + สงเคราะห์ล่วงหน้า 500 บาท **รวม 620 บาท**

หลังจากนั้นสมาคมฯจะหักผ่านบัญชีเงินเดือนสละ 30 บาท เก็บตามจำนวนสมาชิกที่เสียชีวิต

# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (1).....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....

สถานที่อยู่.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....

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

นาย / นาง / นางสาว .....ไม่เป็นผู้มีกายภาพภาพ

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