



รับใบสมัครวันที่.....
 ผู้รับใบสมัคร.....
 ผกส. หน่วยงานผู้แทน ผกส.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---

เป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

ขอสมัครเป็นสมาชิก ผกส.

ประเภท สามัญ

ประเภท สมทบ โดยเป็น

คู่สมรสของสมาชิกสามัญ

(๑) บุตรที่ขอด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสามัญ

(๒) บิดาหรือมารดาของสมาชิกสามัญ

(๓) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ

(๔) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ

คู่สมรสหรือบุตรที่ขอด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสมทบตาม (๑) (๒)

(๓) หรือ (๔)

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

๒. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ *

(๑).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

(๒).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

(๓).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

(๔).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเป็นสมาชิก

ตัวบรรจง(.....)

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....)

ตัวบรรจง (.....)

ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/

สมาชิก ผกส. ประเภท.....เลขทะเบียน.....

ผู้บังคับบัญชาของสมาชิกสามัญ

ผู้รับรอง (เป็นสมาชิก ผกส. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

หมายเหตุ : * กรณีระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์มากกว่า ๔ คน ให้ทำเอกสารแนบพร้อมเซ็นชื่อกำกับ

รูปถ่ายหน้าตรง
 ไม่สวมหมวก
 ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
 ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่
 ส่งตามหนังสือที่.....
 ลงวันที่.....
 ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน
 เล่มที่.....เลขที่.....
 ลงวันที่.....
 อื่น ๆ.....
 (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (.....)
/...../.....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.
 เพื่อพิจารณาอนุมัติ
 (ลงชื่อ).....
 ผู้อำนวยการสำนักงาน ผกส.
/...../.....
 (ลงชื่อ).....
 เลขานุการ ผกส.
/...../.....

อนุมัติ
 (ลงชื่อ).....
 ประธานกรรมการ ผกส.
/...../.....

สมาชิกภาพของผู้สมัคร
 เข้าเป็นสมาชิก เริ่มนับตั้งแต่วันที่.....
 เลขทะเบียน.....
 หลักฐานการเป็นสมาชิก
 ตามหนังสือ ที่
 สธ ๕๓๐๒.๓/.....
 ลงวันที่.....
 (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่
 (.....)
/...../.....



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ---

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....
๒. โรคไต ไม่มี มี (ระบุ).....
๓. โรคตับ ไม่มี มี (ระบุ).....
๔. โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....
๕. โรคอื่น ๆ ไม่มี มี (ระบุ).....

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ ฉกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ฉกส. เท่านั้น

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....

ที่อยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาวแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

๒. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ดังนี้

ตราประทับ
สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ

(.....)แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย