

เลขประจำตัวประชาชน ผู้สมัคร

□-□□□□□-□□□□□□-□□□-□



หน่วยงานต้นสังกัดรับวันที่.....
ผู้รับใบสมัคร.....วันที่...../...../.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส. ประเภท สามัญ สมทบ

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

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

เป็น ข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง (ตาม จ.18).....

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

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

โทรศัพท์.....ขอสมัครเป็นสมาชิกการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยข้าพเจ้า

ทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ผกส. พ.ศ. ๒๕๒๑ ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ

โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ

จากทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด เพื่อส่งให้ ผกส. เป็นค่าเงินสงเคราะห์ประจำเดือน

ชื่อคู่สมรส.....เป็นสมาชิกสามัญ เลขทะเบียน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ ให้แก่

๑.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๒.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๓.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

ตัวบรรจง (.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าหน่วยงานระดับกอง) และสมาชิก ผกส. (ต้องไม่ใช่สามีหรือภรรยาของผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณภาพสมบัติตามข้อบังคับ ผกส. และยินยอมให้หักเงินเดือนหรือเงินค่าจ้าง

เพื่อชำระเงินสงเคราะห์ประจำเดือน สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานราชการ

(ลงชื่อ)ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

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

หมายเหตุ ผกส. จะแจ้งเรียกเก็บเงินสงเคราะห์ไปยังหน่วยงานที่สมาชิกจ่ายเงินเดือนหรือเงินค่าจ้าง

ติดรูปถ่ายหน้าตรง
ไม่สวมหมวก
ขนาด 2.5x3
ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน ผกส.

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ ผกส.

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ ผกส.

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

เลขทะเบียน.....

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก

บัตรประจำตัวสมาชิก ส่งตาม

หนังสือ ที่ สท 5302.2/.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....

ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้สอบประวัติและตรวจร่างกายของ.....อายุ.....ปี

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปรากฏว่า

มีสุขภาพดี

มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ 2 ปี ล่วงมาเคยเข้ารับรักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....

เมื่อ.....ด้วยโรค.....

ผลการรักษา.....

สมควร

ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

ตำแหน่ง.....

กองหรือจังหวัด.....

กรม.....กระทรวงสาธารณสุข

เรียน ประธานกรรมการ ฅกส.

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ
เบียดเบียนใกล้ชิดอันตราย หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมให้ ฅกส. ใช้สิทธิบอกกล่าวภายในกำหนด 6 เดือน นับแต่วันที่ ฅกส. ทราบมูลเหตุอันจะบอกกล่าวได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิก ฅกส.)

ตัวบรรจง (.....)