เอกสารประกอบ
1.สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน
2.สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
3.ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
4.สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
5.สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้จัดการศพ

สฌ.สอ.สธ.ขก. 1

วันที่รับสมัคร.....เลขที่.....

ใบสมัครสมาชิกสามัญ (วาระพิเศษ)
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่.....อายุ.....ปี
สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชน.....สถานภาพ.....
ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์(E-mail).....

- สมาชิก**สามัญ**ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เลขที่สมาชิก.....
ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด
- ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า จำนวน 500.- บาท
และขอบริจาคเงินจำนวน ☐ 5,000.- บาท , ☐ 7,000.- บาท แก่ สฌ.สอ.สธ.ขก. ด้วยความสมัครใจ
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ และคำสั่งของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สฌ.สอ.สธ.ขก.) ทุกประการ

1.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบสิทธิให้.....
บัตรประจำประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า (10%)

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สฌ.สอ.สธ.ขก. พึงจ่าย หลังหักเงินค่าจัดการศพและยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ให้เสร็จสิ้นเท่ากับหนี้สินของข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก (ถ้ามี) ส่วนที่เหลือขอมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....สัดส่วน.....%
บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....
.....โทรศัพท์.....

- ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือนหักเงินเพื่อชำระเงินสงเคราะห์หรือเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าโดยชำระรายเดือนตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด (สฌ.สอ.สธ.ขก.) เรียกเก็บ
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ได้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้ขอสมัคร ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....) (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

.....คุณสมบัติถูกต้อง
.....เอกสารหลักฐาน
.....ชำระเงินค่าสมัคร
ลงวันที่.....
อื่น ๆ.....
ลงชื่อ.....
(.....)

เรียน คณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ

คณะกรรมการฯ
.....อนุมัติ
.....ไม่อนุมัติ
(ลงชื่อ).....
ผู้มีอำนาจอนุมัติ
...../...../.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์
วันที่.....

ใบรับรองแพทย์

(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
สถานที่อยู่ (สามารถติดต่อได้).....
..... โทรศัพท์.....
ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

1. โรคหัวใจทุกชนิด ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....
2. โรควัณโรคในระยะอันตราย ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....
3. โรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....
4. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์) ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....
5. โรคตับ ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ).....

หมายเหตุ 1. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

2. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิกทันที

3. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด เท่านั้น

ลงชื่อ.....
ตัวบรรจง(.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

1. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ.....ปี
มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนัก..... กก. ความสูง..... เซนติเมตร ความดันโลหิต..... มม./ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที
สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....

2.สรุปความเห็นและคำแนะนำของแพทย์ ดังนี้.....
.....

ตราประทับ
สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ.....
ตัวบรรจง(.....) แพทย์ผู้ตรวจ
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ภายใน 30 วันนับแต่ตรวจร่างกาย

หนังสือยินยอมให้หักเงินสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ (สฌ.สอ.สธ.ขก.)
ชำระหนี้ที่ค้างชำระกับสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด

เขียนที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าผู้รับเงินสงเคราะห์ของ.....เลขทะเบียนฌาปนกิจ.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำกัด หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ของสมาชิกผู้เสียชีวิตที่มีภาระผูกพันเสร็จสิ้นก่อน โดยข้าพเจ้าขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนานี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าต้องแสดงเจตนาดังกล่าวจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
(.....)