

เอกสารประกอบ :

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน -

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

- (1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำกัด และ เป็น ครู ทหาร ตำรวจ ราชการ สาธารณสุข รัฐวิสาหกิจ สถานประกอบการ

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....
อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....
โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....

- (4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท (รอบที่/.....) ดังนี้
 ชำระเป็นเงินสด ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก
 ชำระจากเงินปันผล, เหลือคืน ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สหกรณ์สมาชิกของชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

สมาชิก สอเลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สส.ชสอ. และได้แนบหลักฐาน ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ และ ประกาศ สส.ชสอ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สส.ชสอ. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำหรับคณะกรรมการ

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สส.ชสอ. ตั้งแต่วันที่.....
 (คราวประชุมเมื่อวันที่.....)
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> นายชก สส.ชสอ
<input type="radio"/> ประธาน สอ.
<input type="radio"/> ผู้จัดการ สอ.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



**หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์
สมาคมสมาคมนักสวดมนต์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำกัด เลขทะเบียนที่.....สังกัดหน่วย.....
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....
 สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....

1. สถานภาพ

- โสด
- สมรส คู่สมรสชื่อ.....
- หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สส.ชสอ. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

- 2.1เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.2เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.3เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.4เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.5เกี่ยวข้องกับ.....
- 2.6เกี่ยวข้องกับ.....

โดยระบุให้บุคคลผู้รับผลประโยชน์ ลำดับที่ ชื่อ - สกุลเป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า
 อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้หรือกระทำการใดๆ ให้
 ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมสมาคมนักสวดมนต์แห่งประเทศไทย (สส.ชสอ.) ยินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้และเงินสงเคราะห์หรือสงเคราะห์
 ล่วงหน้าตามที่เรียกเก็บ ตั้งแต่วันที่สหกรณ์ออมทรัพย์ให้กู้เพื่อจ่ายให้ สส.ชสอ. เป็นต้นไป

(ลงชื่อ)ผู้ให้คำยินยอม
 (ลงชื่อ)พยาน
 (ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.
 (ลงชื่อ)ผู้มีอำนาจลงนาม สส.ชสอ.
 (.....)



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี
ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว

ไม่เป็นผู้มีกายภาพภาพไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรคพิษ โรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย