

ประกาศเชิญตัวบอร์ดและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนช่อง

เอกสารประกอบ

(เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 เป็นต้นไป)

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
พร้อมรับรองสำเนา
2. สำเนาหนังสือคัดยู กสธท. พร้อมรับรองสำเนา
3. ในรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
(ตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของ กสธท.)
4. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)



เลขทบ. เบี้ยนสมาชิก กสธท.

ใบสมัครสมาชิก (ล้านที่ 3)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะไทย (กสธท.)

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.1. เป็นสมาชิก กสธท. ล้านที่ 2 เลขทบ. เบี้ยนที่..... สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด สมัครตรง กสธท.2. ประกอนอาชีพ2.1 เป็นสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. หรือ สมทบสหกรณ์ออมทรัพย์ สสธท.2.1.1 รับราชการ ดังนี้

- (1) ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)
- (2) ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว/พกส. ตำแหน่ง (ระบุ)

2.1.2 ข้าราชการบำนาญ บำเหน็จ บำเหน็จรายเดือน2.1.3 เจ้าหน้าที่ สสธท. / กสธท. ตำแหน่ง (ระบุ)2.1.4 เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุข / โรงพยาบาล ตำแหน่ง (ระบุ)2.1.5 กรรมการ / ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ. ตำแหน่ง (ระบุ)2.1.6 อื่นๆ (ระบุ)

2.2 เป็นสมาชิกประเภทสมทบ สสธท. ของสมาชิกประเภทสามัญ สสธท. ระบุชื่อ-สกุล.....

 คู่สมรส บุตร มีดิอา มารดา อายุ.....

3. สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร) บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

4. ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะไทย (กสธท.) ล้านที่ 3

5. การชำระเงินค่าสมัครแรกเข้าและค่าเบี้ยประจำวิชิต ดังนี้

ค่าสมัครแรกเข้า 100 บาท และค่าเบี้ยประจำวิชิต..... บาท รวมเป็นเงิน..... บาท

6. หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้ายินยอมมอบเงินสวัสดิการสงเคราะห์ให้สหกรณ์ดันสังกัด เพื่อช่วยเหลือของข้าพเจ้า (กรณีสหกรณ์ ดันสังกัดเป็นศูนย์ประสานงาน) และส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ตามที่กำหนดไว้ในใบสมัครหรือหนังสือเปลี่ยนแปลงของสมาคม สสธท.

7. ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ และประกาศของกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง (ไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคตามใบรับรองแพทย์ ที่ กสธท. กำหนด) มาก่อนวันสมัคร ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 9.3 หากข้าพเจ้ารู้แล้วจะเรียนเสียไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือ แหล่งข้อมูลความนั้น เป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอม ให้ กสธท. ใช้สิทธิ์ด้วยชื่อพันธุ์สมาชิกภาพ กสธท. ตามระเบียบ กสธท. ข้อ 14 (1) (3) และ (7) ได้

ได้ตรวจสอบแล้ว

เป็นสมาชิก สสธท. (ล้านที่ 1) เลขทบ. และ
เป็นสมาชิก กสธท. (ล้านที่ 2) เลขทบ. จริง

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์/กสธท.

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ..... กรรมการสหกรณ์/เจ้าหน้าที่ดันสังกัด

(.....)



ถ้อยແຄລງແລະໃຫ້ກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄັຮສມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 3)

ເຂົ້ານີ້.....ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລກປະຈຳຕັ້ງປະຊານ ອາຍຸ..... ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃຫ້ປະວັດສຸຂະພາບຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອນກາຮສມາຊີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂະພາບແໜ້ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພພລກາພ ຈະໄມ້ສາມາດປົງປົງທີ່ໄດ້
- 3. ໄມມີຈົດຟ່າເພື່ອນ ໄມ່ສົມປະກອນ

4. ປະວັດກາຮກາໂຮຄຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| (4.1) ໂຮຄນະເງົງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.2) ໂຮຄທັງໄຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.4) ໂຮຄປອດເຮືອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.5) ໂຮຄເນາຫວານໜັ້ນຮຸນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.6) ກາວະໄໄວຍ (ລ້າງໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.7) ໂຮຄເອດສ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.8) ໂຮຄຕັບແໜ້ງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.9) ໂຮຄເອສແອລື (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| (4.10) ໂຮຄຮ້າແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກຽມກາຮເຫັນວ່າອັນດຽຍ ຕາມປະກາດແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |

ໜ້າພເຈົ້າຍືນຍັນວ່າດ້ວຍແຄລງທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ ຫາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເກີດແລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສິທິ້ນຈາກກາຮເປັນສມາຊີກ ກສທ. ຕາມຮະບັບ ກສທ. ຂ້າ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າສະລະສິທິ້ນ ໃນກາຮທີ່ຈະຮັບເງີນສົວສັດກາຮສະເໜີຕ່າງໆ ດ້ວຍກສທ. ຖ້າມີກາຍເສີຍຊື່ວິດ ຮົມທັງໝົດ ໜ້າພເຈົ້າໄມ້ມີກາຍເສີຍຊື່ວິດໃຫ້ຈະເຮັດວຽກຮ້ອງ ເງີນສົວສັດກາຮສະເໜີຕ່າງໆ ດ້ວຍກສທ. ທັງສິ້ນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປົງປົງທີ່ຕາມຮະບັບ ກສທ. ຖຸກປະການ

ໜ້າພເຈົ້າຍິນຍອມເປີດແຜຍປະວັດສຸຂະພາບຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອນໃຫ້ ກສທ. ຂອປະວັດກາຮກາຂອງໜ້າພເຈົ້າ ຈາກສະຖານພຍານາລທີ່ເກີຍວ່ານັ້ນໄດ້

ລົງຊື່.....

(.....)

ຜູ້ສັມຄັຮສມາຊີກ ກສທ.

ລົງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ສູນຍື່ນປະສານງານ

ລົງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຫຼື້ອັນເງີນສົວສັດກາຮສະເໜີຕ່າງໆ



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 3)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธ. ล้านที่ 3

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางเพศ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตพิณเพื่อน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.3) โรควัณโรค ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเออดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธ. 2

ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ในรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธ. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธ. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป