

โปรดเขียนตัวบ่งชี้และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง

สสธ. 1

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล(ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสส. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านชี้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมัครประเภทสมาชิกสหกรณ์ ต้องแนบสำเนาบัตรพนักงานราชการ / ลูกจ้างชั่วคราว ในหน่วยงานสังกัดราชการและสหกรณ์ชื่อเดียวกัน
- 8. กรณีสมัครสมาชิกสหกรณ์ ต้องมีใบเสร็จรับเงินจากสหกรณ์ที่ออกบัตรของสหกรณ์ดังกล่าว



ใบเสร็จรับเงิน สสส. เล่มที่ .....

เลขที่ .....

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสมทบ (วาระพิเศษ)

สมาคมผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแห่งประเทศไทย (สสส.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน         เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คู่สมรสชื่อ.....

1  สมาชิกสมทบของสหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์.....

2 ประกอบอาชีพ

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 2.1 <input type="checkbox"/> พนักงานราชการ  | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| <input type="checkbox"/> พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว   | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| 2.2 <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่ สสส./กสธ.  | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| 2.3 <input type="checkbox"/> กรรมการ /ผู้ตรวจสอบฯ / เจ้าหน้าที่ ชสอ.  | ตำแหน่ง (ระบุ) ..... |
| 2.4 <input type="checkbox"/> คุณสมบัติ <input type="checkbox"/> บุตรของสมาชิก สสส. ตามข้อบังคับ ข้อ 10.1 (1) ข้อ 10.1 (2) ข้อ 10.2 (1) ข้อ 10.2 (2)<br>อาชีพ (ระบุ) ..... | .....                |
| 2.5 <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....   | .....                |

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... ตำบล (แขวง).....

อำเภอ (เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

เป็นสมาชิกสมทบของสมาชิกสามัญ (ระบุชื่อ – สกุล) .....

เลขสมาชิก สอ. ..... เลขผู้ป่วย.....

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง).....

อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน/มือถือ.....

4 การชำระเงิน ดังนี้

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก     | เป็นเงิน 20 บาท   |
| <input type="checkbox"/> ค่าบำรุงรายปี              | เป็นเงิน 20 บาท   |
| <input type="checkbox"/> เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า..... | .....5,600....บาท |

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....5,640....บาท ( ห้าพันหกร้อยสิบบาทถ้วน )

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแห่งประเทศไทย และเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



### คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า..... สมาชิกสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์  
สาธารณสุขไทย ทะเบียนเลขประจำตัว..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.2  
ของสมาคมมาปนกิจสังเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง  
วันที่...../...../.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสธ. และได้แนบหลักฐาน  
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสังเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ  
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสธ. ตามรอบการรับสมัครสมาชิก หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ และแต่กรณี

ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....

### ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสธ.  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

### ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสธ.

- คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสธ. ตั้งแต่วันที่.....  
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../ 25 ..... เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)
<input type="radio"/> นายกสมาคม สสธ.
<input type="radio"/> กรรมการ สสธ. ปฏิบัติการแทน นายกสมาคม สสธ.

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....



สสธ. 2

## ใบรับรองแพทย์

### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสธ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี  
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 .....  
ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตพิ่นเฟื่อง 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) โรคเอดส์  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

(3.8) โรคตับแข็ง  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

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

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสธ. 2

ไม่มี  มี (ระบุ) .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย  
(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที  
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น  
สมาชิก สสธ. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยแต่งและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสธ.

ଶସ୍ତ୍ର. 2

เขียนที่..... วันที่..... เจือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน  อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสธ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
  - 2. ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
  - 3. ไม่มีจิตพันธุ์เสื่อม ไม่สมประกอบ

#### 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- (4.1) โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.2) โรคหัวใจ  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.3) โรควัณโรค  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.4) โรคปอดเรื้อรัง  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.6) ภาวะไตวาย(ล่างๆ)  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.7) โรคเออดส์  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.8) โรคตับแข็ง  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.9) โรคเอสแอลอี (SLE)  ไม่มี  มี (ระบบ).....

(4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ สสสท. 2  ไม่มี  มี (ระบบ).....

ข้าพเจ้าขออีนยันว่าถ้อยແຄลงທີ່ໄກໄວ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະກາດ ພາກຂ້າພເຈ້າແຄลงຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເຖິງແລ້ວ<sup>1</sup> ໄທ ສສທ. ຕັດສີທີ່ຈຳກັດເປັນສາມາດໃຊ້ສສທ. ຕາມຂໍ້ອັບັນຄັບສາມາດມ ພ.ສ. 2567 ຂ້ອ 15(4) ໄດ້ທັນທີ ແລ້ວຂ້າພເຈ້າ<sup>2</sup> ຕົວດັ່ງທີ່ທ່າຍາຫຼືອຸ່ຽນເປັນເສີມເຄຣະທີ່ຂອງຂ້າພເຈ້າຈະໄມ່ຂ່ອງຮັບສີທີ່ແລ້ວໃຊ້ສີທີ່ໄດ້ ແລ້ວຂ້ອງສະລະສີທີ່ໃນການ<sup>3</sup> ທີ່ຈະຮັບເປັນເສີມເຄຣະທີ່ຄຣອນຄຣວ້າເມື່ອຂ້າພເຈ້າເສີ່ງຊີວິຕ ຮາມທັ້ງ ຂ້າພເຈ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດວຽກຮັດເປັນເສີມເຄຣະທີ່<sup>4</sup> ທີ່ໄດ້ຈຳກັດໂດຍຂ້າພເຈ້າຢືນຢັນກັບປະຕິກັດຕາມຂໍ້ອັບັນຄັບສາມາດມທຸກປະກາດ<sup>5</sup>

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสจ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

## (ដៃសម្រេចសមាខិក ននម.)

ลงชื่อ.....

(.....)

## พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

## พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



ประกาศสมาคมแพทย์ประจำวิชาชีพแพทย์แผนไทย  
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

\*\*\*\*\*

เพื่อให้การดำเนินงาน สสส. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ชุดที่ 7/2566 ครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2566 จึงได้มีมติ กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของ สสส. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น สสส. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก สสส. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ (สสส. 2) ตามแบบฟอร์มที่สมาคมกำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ (สสส. 2) ได้ที่ [www.cpct.or.th](http://www.cpct.or.th) และการรับสมัครสมาชิก สสส. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ (สสส. 2) ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
6. ภาวะไตวาย (ลังได)
7. โรคเอดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคเอสแอลอี (SLE)

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ สสส.  
ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)
3. โรคสมองเสื่อม (Dementia)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)
5. โรคเส้นเลือดขอดในสมอง (Cerebral AVM)

25

6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)
7. โรคทyrotoxicosis ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ทyrotoxicosis อยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟ่าชาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha thalassemial major), เปต้าชาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta thalassemial major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันด้วย (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m.ป.อ.ขึ้นไป หรือค่าความดันด้วย (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m.ป.อ.ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver disease) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (Immune thrombocytopenic : ITP)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มั่นใจในการณ์ที่ได้รับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุโดยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตาม (1) - (9) และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งไปรับรองแพทย์มาให้ สสส. พิจารณาผ่านช่องทาง ไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย สสส. จะมีองค์กรแพทย์สมาคม ประกอบด้วย นายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติ นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สุชาติ ตันตินิรามัย ซึ่งเป็นอุปนายก และกรรมการ ของ สสส. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก สสส. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในการนี้ที่สมาคมตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมากก่อนการสมัคร สมช. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นขาดคุณสมบัติตามข้อบังคับ พ.ศ. 2567 ข้อ 10.1 (5) และข้อ 10.2 (9) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์ครอบครัวไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน 2567 เป็นต้นไป

(ดร.มหาสัก บุญคริมณีชัย)

นายกสมาคมอาชีวศึกษาและเทคโนโลยี  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขไทย



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์  
สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

สมาคมมานะปันกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ.....

**1. สถานภาพ**

โสด       สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสธ. พึงจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า  
คือ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า (10% ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้  ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว  ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

อื่นๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิก สสธ.

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสธ.

(.....)

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมนาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสธ.)**

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

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 เลขที่            ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....  
 ชอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด  
 หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน  
 เลขที่           ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....  
 ชอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต).....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 เป็นผู้( ) รับเงินค่าจัดการศพ ( ) รับเงินสงเคราะห์( ) อื่นๆ ที่พึงได้รับ<sup>1</sup>  
 แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ<sup>2</sup>  
 สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ  
 ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้  
 เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทั้งสิ้น  
 เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....) ..... (.....)  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....) ..... (.....)  
 บัตรประชาชน.เลขที่ ..... บัตรประชาชน.เลขที่ .....  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ  
 (.....) ..... (.....)  
 บัตรประชาชน.เลขที่ ..... บัตรประชาชน.เลขที่ .....  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจ  
 (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจจริงและได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า  
 (ลงชื่อ) ..... พยาน (ลงชื่อ) ..... พยาน  
 (.....) ..... (.....)