



รับใบสมัครวันที่.....
ผู้รับใบสมัคร.....
☐ ผ.ศ. ☐ หน่วยงานผู้แทน ผ.ศ.

ผ.ศ. ๑

รูปถ่ายหน้าตรง
ไม่สวมหมวก
ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผ.ศ.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ ผ.ศ.

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เป็น ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานราชการ ☐ พนักงานกระทรวง ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง.....

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

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

โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

ขอสมัครเป็นสมาชิก ผ.ศ.

☐ ประเภท สามัญ และยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดหักเงินเดือนเพื่อชำระเงินสงเคราะห์

☐ ประเภท สมทบ โดยเป็น

☐ บุตร ☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน

ของสมาชิกสามัญเลขทะเบียน.....และยินยอมชำระเงินสงเคราะห์โดย

☐ ชำระล่วงหน้ารายปี หรือ ☐ ชำระรายเดือน

โดยยินยอมให้ ☐ หักเงินเดือนจากสมาชิกสามัญ หรือ ☐ หักเงินจากธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการดำเนินกิจการของ
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

๒. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ *

(๑).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(๒).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(๓).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(๔).....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง(.....) ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....) ผู้รับรอง(ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้บังคับบัญชา
ของสมาชิกสามัญ)

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง (.....) ผู้รับรอง (สมาชิก ผ.ศ. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

สมาชิก ผ.ศ. ประเภท.....เลขทะเบียน.....

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

.....

เรียน ประธานกรรมการ ผ.ศ.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน ผ.ศ.

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ ผ.ศ.

...../...../.....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ ผ.ศ.

...../...../.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่

.....

เลขทะเบียน.....

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก

ส่งตามหนังสือ ที่

สร ๕๓๐๒.๓/.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....

...../...../.....

* กรณีผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์
มากกว่า ๔ คน ให้ทำเอกสาร
แนบพร้อมเซ็นชื่อกำกับ



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคเมเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๒. โรคไต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๓. โรคตับ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๔. โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๕. โรคอื่น ๆ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ ผกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ผกส. เท่านั้น

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....
ที่อยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาวแล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.

มีรายละเอียดดังนี้

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

๒. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ดังนี้

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ

(.....) แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย