



สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขที่ประจำตัวประชาชน [][][][][][][][][][] เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย
(1) เป็นสมาชิกสามัญสมาคมฉลามปากงูทะเล..... เลขที่.....
(2) เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
(3) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสมาคมฉลามปากงูทะเล.....
(4) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบ ประเภท ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา
ของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
(5) เป็นบุคคลในครอบครัวของสมาชิกสามัญสมาคมฉลามปากงูทะเลช่วยงานการออมทรัพย์ไทย 9 สมาคม 7 กลุ่มวิชาชีพ
ประเภท ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ของ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
(6) สถานที่อยู่ (โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....)

(ตามทะเบียนบ้าน)	(จัดส่งเอกสาร)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....	บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล(แขวง).....	ถนน.....ตำบล(แขวง).....
อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....	อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....	รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

(7) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก จำนวน.....บาท และชำระครั้งต่อไป ดังนี้
☐ ชำระเป็นเงินสด ☐ ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก ☐ อื่น ๆ.....
 ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์อมรินทร์พญ
 ุครไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกและยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- () เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อกับครอบครัว
- () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- () ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ
(.....)

ลงชื่อ.....เลขานุการ/กรรมการ/ประธาน
(.....)

สำหรับสมาคม

- () ครอบงำหรือบีบบังคับเป็นสมาชิก
() อื่น ๆ (ระบุ).....

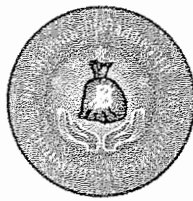
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ/เลขานุการ
(.....)

การอนุมัติ

- () อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอ. เมื่อวันที่.....
- () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายก/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์
สมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... เลขบัตรประชาชน.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....

เลขสมาชิกสหกรณ์..... 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. กรณีข้าพเจ้า มีภาระหนี้คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย (สสอ.) หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่สหกรณ์เป็นลำดับแรก เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 นี้ ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายให้ ผู้รับเงินสงเคราะห์ ข้อ 3



3. ผู้รับเงินสงเคราะห์ ยินยอมให้สมาคมธนาคารแห่งประเทศไทย (สสอ.) หักเงินสงเคราะห์เพื่อชำระหนี้ดังกล่าวให้แก่สหกรณ์เป็นลำดับแรกจนเสร็จสิ้นก่อนขอรับส่วนที่เหลือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน ดังต่อไปนี้

3.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.6..... เกี่ยวข้องเป็น..... (ลงชื่อ)..... เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่..... (นาย/นาง/นางสาว.....)

เลขที่บัตรประชาชน..... เกี่ยวข้องเป็น.....) เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.

(.....)

(.....)

เขียนที่.....

วันที่.....

แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สมัครสมาชิก สสอศ. รอบสมัครเดือน.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติศาสตร์ภาพและประวัติการรักษาโรคร้ายแรงเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอศ. เป็นความจริงดังนี้

1. มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร
2. ไม่เป็นคนไร้ความสามารถ ร่างกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
3. ไม่มีจิตพั่นเพื่อน ไม่สมประกอบ
4. ไม่มีประวัติการรักษาโรค ต่อไปนี้

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----|-----------|
| 4.1 โรคมะเร็ง | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.3 โรควัณโรค | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.4 โรคเบาหวาน | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.6 โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.7 โรคไต | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.8 โรคปอด | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |
| 4.9 โรคตับ | ☐ | ไม่มี | ☐ | มี | ระบุ..... |

5. ใครร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า การให้ประวัติสุขภาพและประวัติการรักษาโรคร้ายแรงดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าทราบข้อบังคับและประกาศของสมาคม ถ้าถึงแก่ความตายด้วยโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมภายในระยะเวลา 1 ปี นับแต่อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก สมาคมจะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์หรือปกปิดประวัติการรักษาโรคร้ายแรงที่ให้ไว้ไม่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ถ้าเคยมีประวัติการรักษาโรคร้ายแรงตามประกาศสมาคมดังกล่าวมาก่อน ณ วันสมัคร เมื่อถึงแก่ความตายสมาคมจะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้กับผู้ที่ได้รับบุชื่อไว้ ตามข้อบังคับสมาคม ข้อที่ 15 และประกาศของสมาคม เรื่อง การกำหนดโรคร้ายแรงไม่รับเป็นสมาชิก สสอศ. และไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์ ประกาศ ณ วันที่ 7 เมษายน 2569 ทั้งนี้ข้าพเจ้าและผู้ที่ข้าพเจ้าระบุชื่อไว้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์จะสละสิทธิและจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆกับเงินสงเคราะห์ตามที่กล่าวมา

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ สสอศ. ในการตรวจสอบประวัติของข้าพเจ้า แม้ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่ความตายแล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาว่า ข้อมูลและ คำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้ข้างต้นถูกต้องตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ และมอบหมายให้ สสอศ. ขอรับข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล เวช ระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพอื่นใดของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ขอรับรองว่าเป็นความสัตย์จริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ (ผู้สมัครสมาชิก สสอศ.)

ตัวบรรจง (.....)

(ผู้สมัครสมาชิก สสอค.)

ลงชื่อ.....

คิงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....)

ตัวบรรจง(.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)

พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

.....

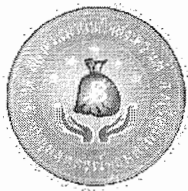
ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



หนังสือยินยอมให้นำเงินปันผลหักชำระค่าสงเคราะห์
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูชุมพร จำกัด

เลขทะเบียน.....สังกัดหน่วยงาน/โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด ชุมพร

ขอทำหนังสือยินยอมให้หักเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ายินยอมให้นำเงินปันผลประจำปีของทุกๆ ปี เพื่อนำมาชำระค่าสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.) ของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้สมัครเป็นสมาชิกไว้ตามจำนวนที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.) เรียกเก็บในแต่ละปี

ข้อ 2. สำหรับเงินปันผลที่เหลือนอกเหนือจากเงินค่าสงเคราะห์สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.) ข้าพเจ้าขอรับเงินปันผลตามปกติที่สหกรณ์ฯ มีกำหนดจ่ายให้กับสมาชิก

ข้อ 3. ข้าพเจ้าขอผูกพันเพื่อการนี้ โดยการยินยอมให้หักเงินปันผลเพื่อชำระค่าสงเคราะห์ฯ เป็นรายปีในแต่ละปีตลอดไป

ข้อ 4. หากข้าพเจ้าต้องการยกเลิกหนังสือยินยอมฉบับนี้ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ทราบสหกรณ์ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นการยืนยันการยกเลิกหนังสือยินยอมดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)