



รับใบสมัครวันที่.....
ผู้รับใบสมัคร.....
<input type="checkbox"/> ผกส. <input type="checkbox"/> หน่วยงานอื่นแทน ผกส.

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่..... อายุ..... ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 เป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างข้าราชการ อื่นๆ.....
 ตำแหน่ง..... ปฏิบัติงานที่..... สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์..... อีเมลล์/อีเมล์ (E-mail).....

ขอสมัครเป็นสมาชิก ผกส.

- ประเภท สามัญ และยินยอมให้หน่วยงานด้านสังกัดหักเงินเดือนเพื่อชำระเงินส่วนคราชที่
 ประเภท สมบท โดยเป็น

บุตร คู่สมรส บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
 ของสมาชิกสามัญเลขทะเบียน..... และยินยอมชำระเงินส่วนคราชที่โดย
 ชำระล่วงหน้ารายปี หรือ ชำระรายเดือน
 โดยยินยอมให้ หักเงินเดือนจากสมาชิกสามัญ หรือ หักเงินจากธนาคาร.....
 ชื่อบัญชี..... บัญชีเลขที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการมาปนกิจสังเคราะห์ของ
 กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการมาปนกิจสังเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้จัดการศพ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๒. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินส่วนคราช *

(๑).....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๒).....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๓).....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๔).....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....

ตัวบرجرج(.....) ผู้ขอสมัครเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

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

(ลงชื่อ).....

ตัวบرجرج (.....) ผู้รับรอง (สมาชิก ผกส. ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

สมาชิก ผกส. ประเภท..... เลขทะเบียน.....

รูปถ่ายหน้าตรง
ไม่สวมหมวก
ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่
ส่งตามหนังสือที่.....
 ลงวันที่.....
 ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน
 เล่มที่..... เลขที่.....
 ลงวันที่.....
 อีน ๆ

(ลงชื่อ).....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.
เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....
 ผู้อำนวยการสำนักงาน ผกส.
/...../.....

(ลงชื่อ).....
 เลขานุการ ผกส.
/...../.....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....
 ประธานกรรมการ ผกส.
/...../.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่.....

เลขทะเบียน.....
 หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก
 ส่งตามหนังสือที่
 สาขา ๕๓๐๒.๗/.....
 ลงวันที่.....
 (ลงชื่อ).....
/...../.....

* กรณีผู้มีสิทธิรับเงินส่วนคราช
มากกว่า ๕ คน ให้ทำเอกสาร
แบบพร้อมเซ็นขอกำกับ



บริบูรณ์แพทย์

(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบปรับรองแพทย์

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

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

ໂທຣຕັ້ງພໍາ

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามี ประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมะเร็ง 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 ภกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าจะเรียนไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแต่งตั้งข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. บริบูรณ์แพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ภกส. เท่านั้น

ລົງຈູວ

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่ เดือน พ.ศ.

กองแผนฯ

ສະຖານທີ່ຕ່າງປະເທດ

๑. ข้าพเจ้า นายแพททาย/แพททายหญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโภชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....
ที่อยู่.....

ได้ตรวจสอบร่างกาย นาย/นาง/นางสาว แล้วเมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.
มีรายละเอียดดังนี้

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

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

សង្គម

(.....) แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

วันที่ เดือน พศ.

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย