

ที่ ศก ๐๗๓๓/ว๓๔๕



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
หมู่ที่ ๖ ตำบลสี อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์รับสมาชิกสามัญและสมทบ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือที่ ณส.ศก.๔๕.๐๑๕/ว๑๕๖ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ได้รับแจ้งจากสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ ได้มีการจัดตั้งขึ้น เมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๔๐ ซึ่งได้รับการอนุมัติจดทะเบียนจากนายทะเบียนสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ประจำท้องที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพของสมาชิกและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิกที่ถึงแก่ความตายด้วยเงินสงเคราะห์และเพื่อเป็นหลักประกันให้กับบุคลากรทางการสาธารณสุข

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอแจ้งบุคลากรในสังกัดที่สนใจสมัครสมาชิก โดยมีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปีบริบูรณ์ ไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ ได้สมัครเป็นสมาชิก รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

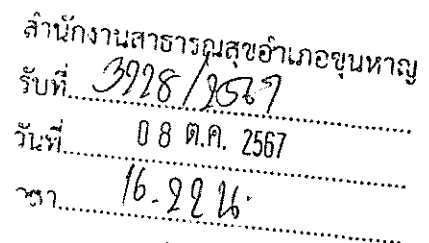
ขอแสดงความนับถือ

(นายสมัย คำเหลือ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒



สมาคมอาปนิกกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ
 ชั้น ๑ อาคารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 ๔๔๕ หมู่ที่ ๖ ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศก. ๓๓๐๐๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์รับสมาชิกสามัญและสมทบ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นประชาสัมพันธ์สมาคมฯ

จำนวน ๑ แผ่น

๒. ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สาธาณสุขศรีสะเกษ จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่สมาคมกสิกรไทยได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๐ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากนายทะเบียนสมาคมกสิกรไทย ประจำท้องที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนในการจัดการศพของสมาชิกและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิกที่ถึงแก่ความตายด้วยเงินสงเคราะห์ และเพื่อเป็นหลักประกันให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข

ในการนี้ สมาคมฉาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ จึงขอความร่วมมือแจ้งบุคลากรในสังกัด ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปีบริบูรณ์ ไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ ได้สมัครเป็นสมาชิก และขออนุญาตฝากถึง sasuksisaket.com ในเว็บไซต์หน่วยงานของท่าน เพื่อให้สมาชิกได้ตรวจสอบรายละเอียด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและขอความร่วมมือปิดประกาศประชาสัมพันธ์ แจ้งให้บุคลากรได้ทราบโดยทั่วกัน จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

ขอแสดงความนับถือ

-เพื่อโปรดทราบ

(นายมนเทียร สัตนันท์)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

(นายภาสกร อุ่นคำ)

งานเลขานุการสมาคมฯ

งานเลขานุการสมาคมฯ นักวิชาการสาธารณสุขและชำนาญการ
โทรศัพท์ : ๐๙ ๕๖๑๓๓ ๘๘๒๐ ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐ ต่อ ๑๐๖

ID Line : 0846985520

ตรวจสอบได้ที่ sasuksisaket.com

☐ เห็นชอบ/อนุมัติ ☒ ทราบ ☐ ขอ
☐ ลงนัด ☒ แจ้งผู้เกี่ยวข้อง
☐ ให้ดำเนินการตามระเบียบ
☒ ประชาสัมพันธ์/แจ้งเวียน

(นายสมัย คำเหลื่อ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ



สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

โทรศัพท์ : ๐๙๕-๖๑๓๘๘๒๐

: ๐๙๕-๖๑๖๐๔๐-๑๐๖

ID Line : ๐๙๕-๖๑๓๘๘๒๐

เข้าออนไลน์ได้ที่ : sasuksisaket.com

เอกสารที่ใช้

- รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาทะเบียนสมรส
(กรณีสมัครคู่สมรส)

เปิดรับสมัครสมาชิกสามัญและสมาชิกสมทบ
สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

สมัคร ได้ทุกวัน เวลา ราชการ

(๐๘.๓๐ น.- ๑๖.๓๐น.)

สมาชิกสมทบได้แก่

- คู่สมรส
- บิดา / มารดา
- บุตร

รายละเอียดค่าใช้จ่ายในการสมัครสมาชิก

เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า ๓๐๐ บาท

➡ ค่าสมัคร ๒๐ บาท

➡ ค่าบำรุงรายปี ๒๐ บาท

รวมเป็นเงิน ๓๔๐ บาท

เดือนต่อไปชำระเงินจำนวน ๓๐๐ บาท/เดือน

รับสมัครสมาชิก

- ➡ อายุ ๒๐ ปี บริบูรณ์
- ➡ ไม่เกิน ๓๕ ปี บริบูรณ์
- ➡ อนุมัติทันที
- ➡ ข้าราชการ / พนักงาน /
ลูกจ้างประจำ/ ชั่วคราว
- ➡ สังกัด สنج.สสจ.ศก./
รพ.ศก./ณส.ศก.

รูปถ่าย ๑ นิ้ว
จำนวน ๒ แผ่น



สมาชิกเลขที่
วันที่ลงรับ.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

เรียน นายกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

- () ข้าราชการพนักงานของรัฐ ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
- () ลูกจ้างประจำตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
- () ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
- () คู่สมรสของ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
- () บุตรของ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
- () บิดา-มารดาของ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
- () เป็นสมาชิกสมทบของ.....เลขที่.....

ปัจจุบันตั้งบ้านเรือนอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ ข้าพเจ้าทราบระเบียบข้อบังคับและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ ที่ใช้อยู่ปัจจุบันหรือแก้ไขเพิ่มเติมภายหลังทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือนทุกๆเดือน ตามจำนวนที่เรียกเก็บตามข้อบังคับและพร้อมนี้ ได้ส่งค่าสมัคร จำนวน 20 บาท และเงินบำรุงปีละ 20 บาท เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 10 ศพ ๆ ละ 30 บาท เป็นเงิน 300 บาท รวมทั้งสิ้น จำนวน 340 บาท (สามร้อยสี่สิบบาทถ้วน) และหลักฐานประกอบการสมัครคือสำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด/ บัตรข้าราชการ/บัตรประชาชนจำนวน 1 ชุด/ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับผลประโยชน์ จำนวน 1 ชุดมาพร้อมใบสมัครนี้แล้ว

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ตามข้อบังคับ ณ.ส.ศก. ให้แก่ทายาทดังนี้

1.เกี่ยวข้องกับ.....บัตรประจำตัวประชาชน.....
2.เกี่ยวข้องกับ.....บัตรประจำตัวประชาชน.....
3.เกี่ยวข้องกับ.....บัตรประจำตัวประชาชน.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาและสมาชิก ณ.ส.ศก.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ณ.ส.ศก. มีความประพฤติเรียบร้อยสมควรได้รับการพิจารณาเป็นสมาชิก

☐ อนุมัติให้เป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

ลงชื่อ (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (สมาชิก)

นายกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ