

ที่ ศก ๐๗๓๓/ว ๒๔๖



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ  
ตำบลลิ อำเภอขุนหาญ  
จังหวัดศรีสะเกษ ๓๓๑๕๐

๑๓/ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประกาศประชาสัมพันธ์แก้ไขข้อบังคับและรับสมัครสมาชิกรอบพิเศษ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

|                  |                                     |              |
|------------------|-------------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ประกาศแก้ไขข้อบังคับสมาคม ณส.ศก. | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๒. ประกาศโรคร้ายแรงที่เป็นคุณสมบัติ | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๓. ใบรับสมัครสมาชิก ณส.ศก.          | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๔. ใบรับรองแพทย์                    | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ได้รับแจ้งจากสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ ได้แก้ไขข้อบังคับของสมาคมฯ เพื่อให้ผู้มีสิทธิสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ/สมาชิกสมทบ เพื่อเปิดรับสมัครสมาชิกรอบพิเศษ อายุไม่เกิน ๓๕ ปี แต่ไม่เกิน ๕๕ ปี ถึงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอความอนุเคราะห์ประกาศประชาสัมพันธ์รับสมัครสมาชิกสามัญ/สมาชิกสมทบ และเปิดรับสมัครสมาชิกรอบพิเศษ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมัย คำเหลือ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒



แบบส.ณ. ๕

เลขที่ ๗ /๒๕๖๘

## ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อบังคับ

ใบสำคัญฉบับนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ สำนักงานตั้งอยู่ที่อาคารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ถนนศรีสะเกษ – กันทรลักษณ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อบังคับ โดยนายทะเบียนสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์ประจำท้องที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ ได้รับจดทะเบียนเมื่อวันที่ ๒ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ตามมาตรา ๑๖ แห่งพระราชบัญญัติการอาปนกิจสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๔๕ แล้ว ดังต่อไปนี้

ให้ยกเลิกความในข้อบังคับ หมวด ๓ ข้อ ๘ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๘ ผู้มีสิทธิสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคม ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

### ๘.๑ สมาชิกสามัญ

๘.๑.๑ ต้องบรรลุนิติภาวะ อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์ และมีอายุ ไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์

๘.๑.๒ เป็นข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ลูกจ้างชั่วคราว สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลศรีสะเกษ และพนักงานสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

๘.๑.๓ มีความประพฤติดี และยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคม

๘.๑.๔ ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

๘.๑.๕ มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

### ๘.๒ สมาชิกสมทบ

๘.๒.๑ ต้องบรรลุนิติภาวะ อายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์ และมีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์

๘.๒.๒ เป็นคู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของบุคคล ข้อ ๘.๑ เป็นสมาชิกสามัญ

สมบูรณ์แล้ว

๘.๒.๓ มีความประพฤติดี และยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคม

๘.๒.๔ ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

๘.๒.๕ มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

ข้อ ๙ ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกให้ยื่นใบสมัครตามแบบของสมาคมด้วยตนเอง ณ สำนักงานสมาคม ณส ศก.ในวันเปิดทำการโดยมีสมาชิกของสมาคมไม่น้อยกว่าหนึ่งคน และผู้บังคับบัญชาของผู้ยื่นใบสมัครลงชื่อรับรอง

๙.๑ ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องนำเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัคร ดังนี้

๙.๑.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

๙.๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน

๙.๑.๓ ใบรับรองแพทย์ จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามแบบฟอร์มของสมาคม

/๙.๒ การขอ.....

๔.๒ การขออุทธรณ์หรือขอคืนสภาพสมาชิก

๔.๒.๑ สมาชิกสมาคม ณส.ศก. ผู้ใดขาดจากสมาชิกภาพ เพราะลาออกหรือขาดจากสมาชิกภาพ ตามประกาศสมาคม ณส.ศก. ขอคืนสภาพต้องไม่เกินระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่นั้นลาออกหรือขาดจากสมาชิกภาพ ตามประกาศสมาคม ณส.ศก.

๔.๒.๒ ยื่นแบบคำขอคืนสภาพ ตามแบบของสมาคม ณส.ศก. ด้วยตนเอง ณ สำนักงานสมาคม ณส.ศก.

๔.๒.๓ ใบรับรองแพทย์ จากสถานพยาบาลของรัฐตามแบบฟอร์มของสมาคม

๔.๒.๔ คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติคืนสภาพแล้ว สมาชิกรายนั้น ต้องชำระเงินสงเคราะห์ที่ค้างชำระและบำรุงรายปีให้ครบถ้วน

ทั้งนี้ ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่รับจดทะเบียนเป็นต้นไป

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๖/๑๒/๒๕๖๔



นายทะเบียนสมาคมทนายความแห่งประเทศไทยประจำห้องที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ



แบบส.ณ. ๕

เลขที่ ๘ / ๒๕๖๘

### ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อบังคับ

ใบสำคัญฉบับนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ สำนักงานตั้งอยู่ที่อาคารสำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อบังคับ โดยนายทะเบียนสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ประจำท้องที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ ได้รับจดทะเบียนเมื่อวันที่ ๒ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ตามมาตรา ๑๖ แห่งพระราชบัญญัติการฌาปนกิจสงเคราะห์ พ.ศ. ๒๕๔๕ แล้ว ดังต่อไปนี้

ให้ยกเลิกความในข้อบังคับ หมวด ๑๐ ข้อ ๕๑ และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

ข้อ ๕๑ ภายในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙ ผู้ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๘ (๘.๑)(๘.๒) ซึ่งอายุเกิน ๓๕ ปี แต่ไม่เกิน ๕๕ ปีบริบูรณ์ มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกได้และจะสมบูรณ์เริ่มตั้งแต่วันที่คณะกรรมการของสมาคมฯ ได้มีมติให้เข้าเป็นสมาชิกแล้วครบ ๑๘๐ วัน

ทั้งนี้ ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่รับจดทะเบียนเป็นต้นไป

ให้ไว้ ณ วันที่ ๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



นายทะเบียนสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ประจำท้องที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษ



ประกาศสมาคมฯ ปกป้องสิทธิเสรีภาพของประชาชน  
เรื่อง โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน

เพื่อให้คุณสมบัตินี้มีสิทธิเข้าเป็นสมาชิกของ นส.ศก. ตามข้อบังคับข้อ ๘(๘.๑) (๘.๒) และ  
ข้อ ๙ (๙.๑.๓) แห่งข้อบังคับสมาคมฯ ปกป้องสิทธิเสรีภาพของประชาชน โดยความเห็นชอบของ  
คณะกรรมการดำเนินการ นส.ศก. ในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๗  
จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บุคคลผู้ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิก นส.ศก. ต้องไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเอดส์ทุกระยะ
- (๒) โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
- (๓) โรคตับระยะสุดท้าย
- (๔) โรคหรือภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ข้อ ๒ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิกก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๓ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายมนต์ชัย สัตนันท์)

นายกสมาคมฯ ปกป้องสิทธิเสรีภาพของประชาชน

รูปถ่าย ๑ นิ้ว  
จำนวน ๒ แผ่น



รับใบสมัครวันที่.....  
สมาชิกเลขที่.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขศรีสะเกษ

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก..... เป็น ( ) ข้าราชการ

( ) พนักงานราชการ ( ) พนักงานกระทรวง ( ) ลูกจ้างประจำ ( ) ลูกจ้างชั่วคราว ( ) อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....

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

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก ณส.ศก.

( ) ประเภท สามัญ

( ) ประเภท สมทบ ของสมาชิกสามัญ(นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่.....

( ) คู่สมรสของสมาชิกสามัญ

( ) บุตรที่ขอด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสามัญ

( ) บิดาหรือมารดาของสมาชิกสามัญ

ข้าพเจ้าทราบระเบียบข้อบังคับและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของ ณส.ศก. ที่ใช้อยู่ปัจจุบันหรือแก้ไขเพิ่มเติม ภายหลังทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือนทุกๆเดือน ตามจำนวนที่เรียกเก็บตามข้อบังคับและพร้อมนี้ ได้ส่ง ค่าสมัคร 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 ของผู้รับ ผลประโยชน์ จำนวน 1 ชุด มาพร้อมใบสมัครนี้แล้ว

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมขอให้จ่ายเงินสงเคราะห์ตามข้อบังคับ ณส.ศก. ให้แก่ทายาทดังนี้

1.....เกี่ยวข้องกับ.....บัตรประจำตัวประชาชน.....

2.....เกี่ยวข้องกับ.....บัตรประจำตัวประชาชน.....

3.....เกี่ยวข้องกับ.....บัตรประจำตัวประชาชน.....

4.....เกี่ยวข้องกับ.....บัตรประจำตัวประชาชน.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเป็นสมาชิก

ตัวบรรจง(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ณส.ศก. มีความประพฤติเรียบร้อยสมควรได้รับการพิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง(.....)

ตัวบรรจง(.....)

ผู้รับรอง(ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้บังคับบัญชาของสมาชิกสามัญ

สมาชิก ณส.ศก.ประเภท.....เลขทะเบียน.....

เรียน นายกสมาคม ณส.ศก.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ/นายทะเบียน

นายกสมาคม ณส.ศก.



ใบรับรองแพทย์  
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นาย 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).....

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ กรมส.ศก. ขอประวัติการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก กรมส.ศก. เท่านั้น

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง(.....)ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

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

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....แล้วเมื่อวันที่.....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 ๒ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย