

เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 เป็นต้นไป (อายุ 20 - 65 ปี บริบูรณ์)

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ตามประกาศรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ฉบับที่ 7/2568 เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

- 1) บุคคลทั่วไป ที่มีอายุ 20-65 ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะ ที่ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน โรคอื่นๆ ทั้งนี้ ตามมติเห็นชอบของคณะกรรมการสมาคม
- 2) ประชาชนคนไทยที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดยโสธร และจังหวัดใกล้เคียง (อุบลฯ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหาร และร้อยเอ็ด) หรือจังหวัดอื่นต้องอ้างอิงสมาชิกสมาคมมาปณิกสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร
- 3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- 4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงในวันสมัคร ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย โดยจะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลอื่นตามมติของคณะกรรมการ

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาล ที่ผู้สมัครไปตรวจเท่านั้น

- 5) ต้องมีการแถลงรับรองสุขภาพของตนเอง ตามประกาศสมาคม ฉบับที่ 13/2567 เรื่องโรคต้องห้ามการรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ
- 6) อายุไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่สมัคร
- 7) ค่าสมัครแรกเข้าที่ต้องชำระ ณ วันที่สมัคร 2,550 บาท

กลุ่มอายุ 20 - 60 ปี	กลุ่มอายุ 61 - 65 ปี
<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 300,000 บาท</u> <u>รูปแบบที่ 1 (ไม่มีโรคประจำตัว)</u> 1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 6 เดือน (180 วัน) 2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี จ่าย 100,000.- 3) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 200,000.- 4) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 300,000.- 5) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี	<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 200,000 บาท</u> <u>รูปแบบที่ 1 (ไม่มีโรคประจำตัว)</u> 1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน) 2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000.- 3) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.- 4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี
<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 200,000 บาท</u> <u>รูปแบบที่ 2 (มีโรคประจำตัว)</u> 1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน) 2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000.- 3) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.- 4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี	<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 150,000 บาท</u> <u>รูปแบบที่ 2 (มีโรคประจำตัว)</u> 1) ระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน) 2) พันระยะเวลาการรอคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 75,000.- 3) พันระยะเวลาการรอคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000.- 4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาการรอคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี
*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯ จะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว	*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯ จะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว

เอกสารที่ใช้ในการสมัคร ดังนี้

1. ใบสมัคร
2. ใบรับรองแพทย์ (ใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลรัฐบาล ที่ผู้สมัครไปตรวจเท่านั้น)
3. สำเนาบัตรประชาชน ของผู้สมัคร ผู้จัดการศพ และผู้รับผลประโยชน์ อย่างละ 1 ชุด
4. สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้สมัคร ผู้จัดการศพ และผู้รับผลประโยชน์ อย่างละ 1 ชุด
5. รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 แผ่น (เฉพาะผู้สมัคร)

หมายเหตุ : ผู้สมัครต้องมาสมัครด้วยตนเอง และต้องพาผู้รับเงินสงเคราะห์ หรือญาติมาเซ็นพยาน เพื่อรับทราบเงื่อนไขการสมัครอย่างน้อย 1 คน มาสมัครได้ที่ สำนักงานสมาคมมาปณิกสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร 17/12 ถ.เทศบาล 1 ต.ในเมือง อ.เมืองยโสธร จ.ยโสธร 35000 สอบถามเพิ่มเติม โทร. 081-8763533 , 091-0649705 LINE ID : @133wuwpk

รายละเอียดการชำระเงินค่าสงเคราะห์รายปี และการจ่ายเงินสงเคราะห์ศพสมาชิกเสียชีวิต

- 1) ค่าธรรมเนียมแรกเข้า 100 บาท (จ่ายครั้งเดียว ณ วันที่สมัคร)
- 2) การชำระเงินสงเคราะห์ศพรายปี และค่าบำรุงรายปี
 - สมาชิกต้องจ่ายเงินสงเคราะห์ศพรายปี และค่าบำรุงรายปี เป็นเงินจำนวน 2,450 บาท/งวด เป็นระยะเวลา 20 ปี (งวด) หากสมาชิกเสียชีวิตก่อนชำระครบ 20 งวด สมาคมจะหักจากเงินสงเคราะห์ศพตามจำนวนงวดที่เหลือจนครบ 20 งวด ทั้งนี้ตั้งแต่ปีบัญชี 2568 เป็นต้นไป
 - หากปีใดที่สมาชิกเสียชีวิตมากกว่า 24 ศพ สมาคมจะเรียกเก็บเงินสงเคราะห์เพิ่มเติมตามจำนวนศพ อีกศพละไม่เกิน 20 บาท (ตั้งแต่ศพที่ 25 เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปี โดยสมาคมฯ จะเรียกเก็บในปีถัดไปพร้อมกับเงินสงเคราะห์ศพรายปีที่สมาชิกต้องชำระให้กับสมาคมในทุกปี)
- 3) การคุ้มครองเมื่อเสียชีวิต
 - 3.1) กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ คุ้มครองทันทีที่หักจากคณะกรรมการรับรองเป็นสมาชิก ทุกรูปแบบการสมัคร
 - คณะกรรมการจะรับรองการเป็นสมาชิกไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่สมัคร (โดยรายการหักเงินเมื่อเสียชีวิต รายละเอียดการหักตาม ข้อ.4)
 - 3.2) กรณีเสียชีวิตปกติ จะคุ้มครองตามรูปแบบที่สมัคร
- 4) การจ่ายเงินสงเคราะห์ศพเมื่อสมาชิกเสียชีวิต จะมีรายการหักดังนี้
 - 4.1) หักค่าธรรมเนียมร้อยละ 4 ของเงินสงเคราะห์ตามสิทธิของสมาชิกรายนั้นๆ ตามวงเงินคุ้มครองและรูปแบบการสมัคร
 - 4.2) หักเงินสงเคราะห์ศพรายปีที่จ่ายยังไม่ครบ 20 ปีๆ ละ 2,450 บาท
 - 4.3) หักเงินสงเคราะห์เพิ่มเติมตามจำนวนศพ (ศพละไม่เกิน 20 บาท) ของปีที่มาขึ้นการเสียชีวิต
- 5) เมื่อสมาชิกเสียชีวิต ผู้รับเงินค่าจัดการศพสามารถขอรับเงินค่าจัดการศพได้ จำนวนเงินไม่เกินร้อยละ 25 ของเงินสงเคราะห์ หรือไม่เกิน 100,000 บาท แล้วแต่กรณี และสมาคมจะจ่ายค่าจัดการศพภายใน 7 วัน (ยกเว้นกรณีสมาชิกรายนั้นๆ ที่ต้องมีการตรวจประวัติการเสียชีวิตจะได้ไม่เกิน 30 วัน) นับจากวันที่สมาคมได้รับคำขอ และจ่ายเงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือ ภายใน 60 วัน ในกรณีที่เสียชีวิตตามเงื่อนไขปกติที่ไม่ขอหลักฐานอย่างอื่นเพิ่มเติมหลังจากจ่ายเงินค่าจัดการศพ

เบอร์คณะกรรมการสมาคมฯ ใกล้บ้านท่าน

ชื่อ - สกุล	เขตอำเภอ	เบอร์ติดต่อ
นายวุฒินันต์ สุดบอนิจ	นายกสมาคมฯ	081-3934494
นายพัฒนา แสงศรี	กรรมการกลาง	083-7962322
นายชัยวัฒน์ หอมสุตชา	เขตอำเภอ ค้อวัง	081-9766776
นายสุรินทร์ จักรวรรณพร	เขตอำเภอ คำเขื่อนแก้ว	094-2420458
นางชัยญรัส สุนทรา	เขตอำเภอ เมืองยโสธร	091-0125895
นายนิรันดร์ ถึงแสง	เขตอำเภอ ป่าดิว	088-5842088
นางดวงพร เพลิณสมบัติ	เขตอำเภอ มหาชนะชัย	063-5905585
นายแสนสุข เพียรงาม	เขตอำเภอ ไทยเจริญ	087-3783112
นายนิวัตร ศรีเล็ก	เขตอำเภอ กุดชุม	081-1202140
นายอธิษฐ์พัฒน์ ชราศรี	เขตอำเภอ เมืองยโสธร	091-0538772
นายวิทยา เวฬุนารักษ์	เขตอำเภอ ทรายมูล	064-0093825
นายเฉลิมยศ ป้องทอง	เขตอำเภอ เลิงนกทา	099-7014078
นายณพพร รากวงศ์	เขตอำเภอเมือง	093-5247676

รับสมัครสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

เริ่มวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 เป็นต้นไป

โปรดกาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่องว่าง ☐ ตามรูปแบบที่มติของที่ประชุมคณะกรรมการสมาคมฯ อนุมัติ

กลุ่มอายุ 20 – 60 ปี	กลุ่มอายุ 61 – 65 ปี
<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 300,000 บาท</u> ☐ รูปแบบที่ 1 (<u>ไม่มีโรคประจำตัว</u>) 1) ระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 6 เดือน (180 วัน) 2) พันระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี จ่าย 100,000.- 3) พันระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 200,000.- 4) พันระยะเวลาโรคคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 300,000.- 5) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี	<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 200,000 บาท</u> ☐ รูปแบบที่ 1 (<u>ไม่มีโรคประจำตัว</u>) 1) ระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน) 2) พันระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000 . 3) พันระยะเวลาโรคคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.- 4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี
<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 200,000 บาท</u> ☐ รูปแบบที่ 2 (<u>มีโรคประจำตัว</u>) 1) ระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน) 2) พันระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 100,000.- 3) พันระยะเวลาโรคคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 200,000.- 4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี	<u>เงื่อนไขเมื่อเสียชีวิต วงเงินสูงสุด 150,000 บาท</u> ☐ รูปแบบที่ 2 (<u>มีโรคประจำตัว</u>) 1) ระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี (365 วัน) 2) พันระยะเวลาโรคคอยไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่เกิน 2 ปี จ่าย 75,000.- 3) พันระยะเวลาโรคคอยมากกว่า 2 ปี ขึ้นไป จ่าย 150,000.- 4) เสียชีวิตก่อนระยะเวลาโรคคอย ไม่คืนเงินทุกกรณี
*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯ จะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว	*ยกเว้นกรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ สมาคมฯ จะคุ้มครองทันทีไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้เป็นสมาชิกแล้ว

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดใน ประกาศรับสมัครสมาชิกสมาคมฯ ฉบับที่ 7/2568 แล้ว

จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

วันที่

ลงชื่อ

ตัวบรรจง(.....)

ผู้สมัครสมาชิก

สมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สาธาณสุขยโสธร

ลงชื่อ

ตัวบรรจง(.....)

ผู้รับเงินสงเคราะห์ / พยาน



แบบคำรับรองแถลงสุขภาพตนเอง (โรคต้องห้าม)
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร (ณ.กส.สสจ.ยส.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธรดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
- 4.1) โรคมะเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.2) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.3) โรคฉี่หนูในระยะอันตราย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.4) โรคเบาหวาน ☐ ไม่มี ☐ มี
- 4.4.1) ภาวะแทรกซ้อน ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีให้ระบุ.....
- 4.5) โรคเอดส์ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.6) โรคเอสแอลอี (SLE) ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.7) โรคตับแข็ง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.8) โรคปอดเรื้อรัง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.9) ภาวะไตวาย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
- 4.10) โรคความดันโลหิตสูง ☐ ไม่มี ☐ มี
- 4.10.1) ภาวะแทรกซ้อน ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีให้ระบุ.....

5. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามมติคณะกรรมการกำหนด

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่า บันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ได้ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความจริงแล้ว ขอให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร ตัดสิทธิให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิและใช้สิทธิใดๆ ในการที่ได้รับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 - 4.10 ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบประกาศการรับสมัครสมาชิกสมาคม ฉบับที่ 7/2568 เงื่อนไขรูปแบบ และข้อกำหนดของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธรแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตไปก่อนครบกำหนดระยะเวลาการคอยตามเงื่อนไข ทางสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร จะไม่จ่ายเงินให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า และขอมอบอำนาจให้ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

ผู้สมัครสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สาธารณสุขยโสธร

ลงชื่อ

ตัวบรรจง (.....)

พยาน (ผู้รับเงินสงเคราะห์)



เลขประจำตัวสมาชิก

.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สาธารณสุขโสธร

- ☐ กลุ่มอายุ 20-60 ปี ☐ กลุ่มอายุ 61-65 ปี
☐ มีโรค ☐ ไม่มีโรค ☐ มีโรค ☐ ไม่มีโรค

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี

ชื่อคู่สมรส..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ อาชีพ.....

ที่อยู่สงเคราะห์ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ อื่นๆ ระบุ☐ เป็นบุคลากรสาธารณสุข ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....☐ เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขโสธร จำกัด ประเภท..... หน่วย.....☐ เป็นบุคคลทั่วไป

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สาธารณสุขโสธร

1. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้จัดการศพ..... อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... ซึ่งเป็น..... ของข้าพเจ้า

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

2.1..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์ ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้า

2.2..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์ ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้า

2.3..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ตรอก/ซอย

ถนน ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์ ซึ่งเป็น ของข้าพเจ้า

โดยมีเงื่อนไขดังนี้

☐

ให้ได้รับเต็มจำนวนแต่เพียงผู้เดียว

☐

ให้ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆ กัน

☐

อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สาธารณสุขโสธร โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่า จะปฏิบัติตามทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

ตัวบรรจง (.....)

ผู้รับสมัคร

ลงชื่อ.....
(.....)

เขตอำเภอ.....

กรรมการฯ/เจ้าหน้าที่

ผลการตรวจสอบใบสมัคร

☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน

(.....)

กรรมการฯ/เจ้าหน้าที่

เขตอำเภอ

กรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ

☐ ผ่านคุณสมบัติ☐ ไม่ผ่านคุณสมบัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

เงื่อนไขการสมัคร

มิติที่ประชุม ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ☐ รูปแบบ 1 ☐ รูปแบบ 2

คุ้มครองสูงสุด.....บาท

วันที่อนุมัติ.....