โรงพยาบาลอรัญประเทศ
เลขรับที่ 5061
วันที่ 21 7.- ข. 15



ที่ สก ๑๐๓๓.๐๐๑.๕/ว ๒๔๔๑

ถึง กลุ่มงาน/งาน ทุกงาน โรงพยาบาลซุมชน ทุกแห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง

พร้อมนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งสำเนาหนังสือสำนักงานการณาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวง สาธารณสุข ที่ สธ ๕๓๐๒/๗๑๖๙ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ เรื่อง ประกาศการณาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฌกส. รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว จึงขอประชาสัมพันธ์การสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฌกส. โดยให้ใช้แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฌกส. และใบรับรองแพทย์ (ฌกส.) เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป ทั้งนี้ สามารดูรายละเอียดได้ที่ www.chapanakij.or.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการประชาสัมพันธ์ต่อไป



เรียน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ
1	เพื่อโปรดทราบ
Z,	เพื่อโปรเหลิจารณา
Z	เพียควรมอบ วาเลงรัพช์ ว
	อื่นๆ
	อื่นๆ
	2100

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานธุรการ) โทร. o ๓๗๔๒ ๕๑๔๑-๔ ต่อ ๑๐๒ โทรสาร. o ๓๗๔๒ ๕๑๔๑-๔ ต่อ ๑๐๐ (401)

(นายราเซษฎ เชิงพนม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ 2.1 ก.ย. 2565

Tunni 103 20 Tunni - 9 118 2565 13 30 26

กลุ่มงานบริหารทั่วเบ

TULANT 231

สำนักงานการณาป์ปีกิจสงเกรานี้ 2565 กระทรวงสาธารณีสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โด สิงหาคม ๒๕๖๕

र्ग तर ६०००० २ ७५०८

เรื่อง ประกาศการณาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฌกส.

เรียน อธิบดีกรบทุกกรม/เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา/ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม/
หัวหน้าสำนักงานรัฐมนตรี/ผู้อำนวยการสำนัก/กลุ่ม/ศูนย์/หรือเทียบเท่าในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป/หัวหน้าส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) สำเนาประกาศการณาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็น สมาชิก ณกส.

(๒) แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ณกส.และใบรับรองแพทย์ (ณกส.๑) จำนวน..<u>.90</u>...ฉบับ

สำนักงาน ณกส. ขอส่งสำเนาประกาศการณาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ณกส. ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) และ (๒)

อนึ่ง ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป การสมัครเข้าเป็นสมาชิก ณกส. ให้ใช้แบบใบสมัคร เข้าเป็นสมาชิก ณกส. และใบรับรองแพทย์ (ณกส.๑) ดังความละเอียดปรากฏในสำเนาประกาศตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และสมาชิก ณกส. ทราบโดยทั่วกัน ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประกอบ วงศ์ผลวัต) ผู้อำนวยการสำนักงาน ณกส.

ฝ่ายทะเบียนประวัติสมาชิก โทร. ๐๒ ๕๘๙ ๙๑๐๕-๑๐ ต่อ ๑๒๑-๑๒๖ โทรสาร ๐๒ ๕๙๑ ๗๕๓๔ มือถือ ๐๙๔ ๘๗๔ ๐๒๒๒ .www.chapanakij.or.th

เรียน นพ.สสจ.สก

ณกส. ขอประกาศการณาปนกิจสงเคราะห์ของ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเป็นสมาชิก ฌกส. และใบรับรองแพทย์ (ฌกส.๑) เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ต.ค. ๖๕ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา แจ้งประชาสัมพันธ์ แบบใบสมัครา กลุ่มงาน/งาน/รพช/รพท./สสอ. ต่อไป

14 TH 31.65

14718.65

Warring Williams

(มายมีพระไปได้ 3 ได้ใช่ บ่อ๊กษาทั้) บอได้ของของ (เลย เก็บ การณ์ 2 ยาได้และ ได้ของกรุ) บาทีที่ 1 บอก (เลย 2 ยา และได้ 2 ตัวมีผลุขยังหรัดสระแก้ว



ประกาศการณาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเป็นสมาชิก ณกส.

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการฌาปนกิจ สงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยความเห็นขอบของคณะกรรมการดำเนินการ การฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ การฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศการณาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัคร

เข้าเป็นสมาชิก ณกส. ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๒ การสมัครเป็นสมาชิก ณกส. ให้ใช้ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ณกส. และใบรับรองแพทย์ ตามแบบ ณกส.๑ ที่แนบท้ายประกาศนี้

> ข้อ ๓ ประกาศนี้มีให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิก ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ข้อ ๔ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ โฆช่ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

120

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประธานกรรมการ ณกส.

•	
	สมัดรวันที่
นัรับให	บลมัคร
	ณกส. 🔲 หน่วยงานผู้แทน ณกส
	เป็นสมาชิก ณกส.
	เขียนที่
and and	(OSUM
เรียน ประธานกรรมการ ณกส.	ยายุปี
Yu - a le a como mon le sue nera (
เลขบทรบระจาหาบระชาชน	นกระทรวง 🗆 ถูกจ้างชั่วคราว 🗀 อื่นๆ
ร้อยลงใจ ปฏิบัติสานที่	สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจาง
d 194	รถก
ต่ำแล/แขาง คำเภก/เขต	รหลีเบรษณย
โปรษณีย์อิเล็กท	รอนิกส์ (E-mail)
ของนัครเป็นสมาชิก เมกส.	
ประเภท สามัญ	
🗍 ประเภท สมทบ โดยเป็น	
(๑) 🔲 บุครที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภ	าวะแล้วของสมาชิกสามัญ
(๒) 🔲 ปิดาหรือมารดาของสมาชิกสามัญ	•
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	เคลือสารักเ
(m) ที่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสม	
(๔) 🔲 พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันชย	องสมาชกตามญ์
🔲 คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย	ที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสมทบตาม (๑) 🔲 (๒)[]
(๓) 🗌 หรือ (๔) 📗	
ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและหรือผู้มีถื	สทธรบเงนลงเคราะห ต่อต่อเป็น ที่ยวข้องเป็น
🕳, ซือผู้จัดการศพ	
เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ที่อยู่
	EPIST R Fig.
b. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ •	เกี่ยวซ้องเป็น
(@)	ที่อยู่
เลขบครบระจาดวบระชาชน	โทรศัพท์
/u.\	เกี่ยวข้องเป็น
(#//	ที่อยู่
	โทรศัพท์
(m)	เกี่ยวข้องเป็น
เลขาโตราไระล้าตัวประชาชา!	ที่อยู่
	โทรศัพท์
(حر)	เกี่ยวข้องเป็น
เลยเรียยรไทยสำคัญประชาชา	ที่อยู่
	ไทรศัพท์
	ผู้สมัครเป็นสมาชิก
•)
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	a a
(ลงชื่อ)	•
หัวบรรจง (สมาชิก ฌกส. ประเภทเลขทะเบียน
ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/	สมาชก ณกส. ประมากเกชทะงออน ผู้รับรอง (เป็นสมาชิก ฒกส. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี
ผู้บังคับบัญชาของสมาชิกสามัญ	ที่วกรดส (กกระกอบ พเดษ พ เพษาคนคอกเรา ๓ ก

หม≥ายเพด • * กรณีระบชื่อผู้มีสิทธิรับเงิบสงเคราะห์มากกว่า ๔ คน ให้ทำเอกสารแบบพร้อมเซ็นชื่อกำกับ

ณกส. + (หน้า•∕ะ) ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๖๕

รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก ชนาด ๒.๕ x ๓ ชม. ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

_
ส่งตามหนังสือที่
ลงวันที่
ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน
เล่มที่ เลขที่
ลงวันที่
อื่น ๆ
(ลงชื่อ)เจ้าหน้าที่
()
เรียน ประธานกรรมการ ฌกส.
เพื่อพิจารณาอนุมัติ
(ถงซีย)
ผู้อำนวยการสำนักงาน ณกส
(คงชื่อ)
เลขาบุการ ฌกส.

อนุมัติ
อนุมัติ
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)บระธานกรรมการ ฌกส.
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)
อนุมัติ (ลงชื่อ)



ใบรับรองแพทย์ (จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์	· ·
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว	
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
>->+\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	โทรศัพท์
ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษ	าโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
 โรคมะเร็ง 	□ไม่มี □ มี (ระบุ)
b. โรค ไต	่ เรียง)
a. โรค ทั บ	่ 🗀 มี (ระบุ)
๔. โรคหัวใจ	் ந்த் பி ஜ் (கல்)
a: โรคอื่น ๆ	☐ juij ☐ ji (yas)
<u>หมายเทตุ</u> ๑. ข้าพเจ้ายินยอ	มให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ ณกส. ขอประวัติการรักษาใน
โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยว	ข ้องได้
๒. หากข้าพเจ้า ย	าะเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาด
คุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก	
m. ใบรับรองแ พ ท	าย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ฌกส. เท่านั้น
	ลงชื่อ
•	ตัวบรรจง () ผู้ชอใบรับรองแพทย์
	วันที่ เดือนพ.ศ
ส่วนที่ ๒ ของแพทย์	
L	***************************************
 ช้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง 	
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเส	าชที่สถานพยาบาลของรัฐชื่อ
ที่อย่	
ได้ตรวจร่างกาย บาย/นาง/นางสาว	เดือน พ.ศ พ.ศ
มีรายละเอีย ดดั งนี้	
น้ำหนักตัวกก. ความสูง	เซนติเมตร ความดันโลหิต
•	ปกติ 🗀 ผิดปกติ (ระบุ)
	พทย์ ดังนี้
7	

	ลงชื่อ
คราประทับ	()แพทย์ผู้ครวจรับรอง
สถานพยาบาลของรัฐ	วันที่ เดือน พ.ศ
<u>หมายเหตุ</u> ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้	ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างภาย

