



หน่วยงานต้นสังกัดรับวันที่.....
ผู้รับใบสมัคร..... วันที่...../...../.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก มกส.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก มกส. ประเภท สามัญ สมทบ คู่สมรส
เรียน ประธานกรรมการ มกส.

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ.....
ตำแหน่ง..... ลังกัด..... สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง (ตาม จ.๐๔)

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

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

โทรศัพท์..... ขอสมัครเป็นสมาชิกการ ama ปัจจุบันกิจกรรมเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข โดย/ข้าพเจ้า
ทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ มกส. พ.ศ. ๒๕๖๐ ที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ หรือที่แก้ไขเพิ่มเติมภายหลัง
ทุกประการ โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัดทักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้า
มีสิทธิได้รับจากทางราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด เพื่อส่งให้ มกส. เป็นค่าเงินลงเคราะห์ประจำเดือน

ชื่อ คู่สมรส บิดา มารดา เป็นสมาชิกสามัญ
อายุ..... ปี เลขทะเบียน..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้จ่ายเงินลงเคราะห์ ให้แก่

๑. เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

๒. เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

๓. เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)
ตัวบรรจง (.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้าหน่วยงานระดับกอง) และสมาชิก มกส. (ต้องไม่ใช่บิดาหรือมารดา/สามีหรือภรรยาของผู้สมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับ มกส.ฯ และยินยอมให้ทักเงินเดือนหรือเงินค่าจ้าง

เพื่อชำระเงินลงเคราะห์ประจำเดือน สมควรได้รับไว้พิจารณาเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

ตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานราชการ.....

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....)

สมาชิก มกส. ประเภท..... เลขทะเบียน.....

หมายเหตุ มกส. จะแจ้งเรียกเก็บเงินลงเคราะห์ไปยังหน่วยงานที่สมาชิกรับเงินเดือนหรือเงินค่าจ้าง

ติดรูปถ่ายหน้าตรง
ไม่สวมหมวก
ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่
ลงนามหนังสือที่.....
ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน
เล่มที่..... เลขที่.....

ลงวันที่..... อื่นๆ

(ลงชื่อ).....

เรียน ประธานกรรมการ มกส.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน มกส.

...../...../.....

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ มกส.

...../...../.....

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ มกส.

...../...../.....

เป็นสมาชิกสมบูรณ์วันที่.....

เลขทะเบียน.....

หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก
ลงนามหนังสือ ที่

สม. ๕๓๐๗/๓.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....

...../...../.....

ใบตรวจรับรองสุขภาพ

ใบตรวจรับรองสุขภาพนี้ต้องเป็นแพทย์ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามและกรอกข้อความ

ข้าพเจ้า..... ในอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้สอบประวัติและตรวจร่างกายของ..... อายุ..... ปี
เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ปรากฏว่า

- มีสุขภาพดี
 มีโรคประจำตัว ป่วยเป็นโรค.....

ในระยะ ๒ ปีล่วงมาเดียเข้ารักษาตัวเป็นคนไข้ภายในโรงพยาบาล.....
เมื่อ..... ด้วยโรค.....

ผลการรักษา.....

- สมควร ไม่สมควร ได้รับการพิจารณาเข้าเป็นสมาชิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

ตำแหน่ง.....

กองหรือจังหวัด.....

กรม..... กระทรวงสาธารณสุข

เรียน ประธานกรรมการ ณกส.

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ
เบียดเบียนใกล้ชิดอันตราย หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้วจะเว้นเลี้ยงไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแต่งข้อความนั้นเป็นความเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมให้ ณกส. ใช้สิทธิบอกร่างกายในกำหนด ๖ เดือน นับแต่วันที่ ณกส. ทราบข้อมูลเหตุอันจะบอกล้างได้

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... (ผู้สมัครสมาชิก ณกส.)
ตัวบรรจง (.....)