



ประกาศการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แบบใบสมัครเป็นสมาชิก ฌกส.

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕ การฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศการฌาปนกิจสงเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฌกส. ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๒ การสมัครเป็นสมาชิก ฌกส. ให้ใช้ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ฌกส. และใบรับรองแพทย์ตามแบบ ฌกส.๑ ที่แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้มีให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิก ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๔ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

IXJ

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการ ฌกส.



รับใบสมัครวันที่.....
 ผู้รับใบสมัคร.....
 กกส. หน่วยงานผู้แทน กกส.

กกส. ๑
 (หน้า๑/๒)
 ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๖๕

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก กกส.

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ กกส.

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ.....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง.....

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

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

โทรศัพท์.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

ขอสมัครเป็นสมาชิก กกส.

ประเภท สามัญ

ประเภท สมทบ โดยเป็น

คู่สมรสของสมาชิกสามัญ

(๑) บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสามัญ

(๒) บิดาหรือมารดาของสมาชิกสามัญ

(๓) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ

(๔) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ

คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสมทบตาม (๑) (๒)

(๓) หรือ (๔)

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการศพและผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. ชื่อผู้จัดการศพ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

๒. ชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ *

(๑).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๒).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๓).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(๔).....เกี่ยวข้องเป็น.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครเป็นสมาชิก
 ด้วยบรรจุ(.....)

(ลงชื่อ).....
 ตัวบรรจุ (.....)

(ลงชื่อ).....
 ตัวบรรจุ (.....)

ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/
 ผู้บังคับบัญชาของสมาชิกสามัญ

สมาชิก กกส. ประเภท.....เลขทะเบียน.....
 ผู้รับรอง (เป็นสมาชิก กกส. มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

รูปถ่ายหน้าตรง
 ไม่สวมหมวก
 ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
 ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตามหนังสือที่.....

ลงวันที่.....

ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....เลขที่.....

ลงวันที่.....

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

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

เรียน ประธานกรรมการ กกส.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ผู้อำนวยการสำนักงาน กกส.

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

(ลงชื่อ).....

เลขานุการ กกส.

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

อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการ กกส.

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

สมาชิกภาพของผู้สมัคร

เข้าเป็นสมาชิก เริ่มนับตั้งแต่วันที่.....

วันที่.....

เลขทะเบียน.....

หลักฐานการเป็นสมาชิก

ตามหนังสือ ที่

สธ ๕๓๐๒.๓/.....

ลงวันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

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

