



ประกาศการมาป่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แบบใบสมัครเป็นสมาชิก ณกส.

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการมาป่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินการ การมาป่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข ในประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔ การมาป่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศการมาป่นกิจส่งเคราะห์ของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ณกส. ลงวันที่ ๑๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

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

ข้อ ๓ ประกาศนี้มิให้ใช้บังคับกับบุคคลที่ยื่นคำขอสมัครเป็นสมาชิก ก่อนประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๔ ประกาศนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(X)

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการ ณกส.



รับใบสมัครวันที่.....
ผู้รับใบสมัคร.....
 ผกส. หน่วยงานผู้แทน ผกส.

ผกส. ๑
(หน้า๑/๑)
ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๖๔

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก ผกส.
เขียนที่.....
วันที่.....

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.

ข้าพเจ้า..... เกิดวันที่..... อายุ..... ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน
เป็น ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกรุงเทพ สูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ.....
ตำแหน่ง..... ปฏิบัติงานที่..... สถานที่รับเงินเดือนหรือค่าจ้าง.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... อีเมล/E-mail.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก ผกส.

- ประเภท สามัญ
- ประเภท สมทบ โดยเป็น
 - คู่สมรสของสมาชิกสามัญ
 - (๑) บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสามัญ
 - (๒) บิดาหรือมารดาของสมาชิกสามัญ
 - (๓) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ
 - (๔) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันของสมาชิกสามัญ
 - คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะแล้วของสมาชิกสมทบตาม (๑) (๒)
- (๓) หรือ (๔)

ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้จัดการทรัพยากรัฐและหรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้
๑. ชื่อผู้จัดการทรัพยากรัฐ..... 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
ตัวบ褚จ(.....)

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ)..... ตัวบ褚จ(.....)

ผู้รับรอง (ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/
ผู้บังคับบัญชาของสมาชิกสามัญ)

สมาชิก ผกส. ประเภท..... เลขทะเบียน.....

ผู้รับรอง (เป็นสมาชิก ผกส. มาแล้วในรอบกว่า ๑ ปี)

รูปถ่ายหน้าตรง
ไม่สวมหมวก
ขนาด ๒.๕ x ๓ ซม.
ถ่ายไว้ไม่เกิน ๑ ปี

ช่องสำหรับเจ้าหน้าที่
ส่งตามหนังสือที่.....
ลงวันที่.....
ได้รับเงินตามใบเสร็จรับเงิน
เล่มที่..... ลงที่.....
ลงวันที่.....
อื่น ๆ

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่
(.....) / /

เรียน ประธานกรรมการ ผกส.
เพื่อพิจารณาอนุมัติ
(ลงชื่อ).....
ผู้อำนวยการสำนักงาน ผกส.
..... / /

(ลงชื่อ).....
เลขานุการ ผกส.
..... / /

อนุมัติ
(ลงชื่อ).....
ประธานกรรมการ ผกส.
..... / /

สมาชิกภาพของผู้สมัคร
เข้าเป็นสมาชิก เริ่มนับตั้งแต่
วันที่.....
เลขทะเบียน.....
หลักฐานการเป็นสมาชิก
ตามหนังสือ ที่
ศศ ๑๓๐๒.๓/.....
ลงวันที่.....
(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่
(.....) / /



ใบรับรองแพทย์ (จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ ปี
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ)
๒. โรคไต ไม่มี มี (ระบุ)
๓. โรคตับ ไม่มี มี (ระบุ)
๔. โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ)
๕. โรคอื่น ๆ ไม่มี มี (ระบุ)

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ มกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าจะเดินทางไปต่างประเทศ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้แจ้งสถานทูตและภูมิภาคทราบแล้ว

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก มกส. 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.ปีดอท ชีพจร ครั้ง/นาที
สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

๒. สุ่มความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ดังนี้

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ

(.....) แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

วันที่ เดือน พ.ศ.