





# ตัวอย่างการกรอกใบสมัคร



\* อย่าลืม  
ประทับตราโรงพยาบาล\*



กสธท. 2

## ใบรับรองแพทย์ (ลำนที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ลำนที่ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ลัททภรณ์ ออมทรัพย์

เลขประจำตัวประชาชน 3 1 2 9 8 0 0 0 7 9 1 0 0 ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) - (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์  ไม่มี  มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่น ๆ .....

\* ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ลัททภรณ์ ออมทรัพย์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ซึ่ง  
ได้  
ยื่น  
กับ  
ร  
ส  
จ

## ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.3) โรควัณโรค  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต)  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเอดส์  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.8) โรคตับแข็ง  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE)  ไม่มี  มี (ระบุ).....

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2

ไม่มี  มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก

(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น

สมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

๗

ส่วน  
ของ  
แพทย์



# ตัวอย่างการกรอกใบสมัคร



ถ่ายเอกสารและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก กสธ. (ลำนที่ 2)

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค วันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สหกรณ์ ออมทรัพย์

เลขประจำตัวประชาชน 3 1 2 9 8 0 0 0 7 9 1 0 0 อายุ 41 ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธ. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
- 4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้
  - (4.1) โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.2) โรคหัวใจ  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.3) โรคฉี่หนู  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.4) โรคปอดเรื้อรัง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต)  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.7) โรคเอดส์  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.8) โรคตับแข็ง  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE)  ไม่มี  มี (ระบุ).....
  - (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธ. 2  ไม่มี  มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ่ายเอกสารที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ กสธ. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก กสธ. ตามระเบียบ กสธ. พ.ศ. 2566 ข้อ 14 (3) ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กสธ. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามระเบียบ กสธ. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ..... สหกรณ์ ออมทรัพย์  
(นายสหกรณ์ ออมทรัพย์)  
(ผู้สมัครสมาชิก กสธ.)

ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์  
สหกรณ์ คนใดคนหนึ่ง  
ลงชื่อ

ลงชื่อ.....  
(.....)  
พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

\* สุวิมล ออมทรัพย์  
ลงชื่อ.....  
(นางสาวสุวิมล ออมทรัพย์)  
พยานผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์

๗