

การกรอกใบสมัคร สสท.

1. กรอกใบสมัครให้ครบทุกหน้า ในหน้า สสท.3 และ สสท.9 ให้พยานลงชื่อให้ครบ
 2. หน้า 2 (คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครสมาชิก) ให้สมาชิกหาผู้รับรองที่เป็นสมาชิก สสท.รับรองคุณสมบัติให้เรียบร้อย
 3. ใบรับรองแพทย์ให้ใช้ตามแบบฟอร์มในชุดใบสมัคร สสท. เท่านั้น หากแพทย์ระบุโรคว่าเป็นโรคใด ๆ สมาชิกต้องแนบประวัติการรักษาเกี่ยวกับชุดใบสมัครด้วย เพื่อประกอบการพิจารณา และหากผู้สมัครสมาชิกมี **ความดันโลหิตสูง** ขอให้วัดความดันโลหิต และส่งผลการวัดความดันแนบมาด้วย
 4. เอกสารประกอบการสมัคร มีสำเนาบัตรประชาชน , สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) ของผู้สมัคร และผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน (กรณีสมัครสมาชิกสมทบ) ให้แนบหนังสือรับรองการทำงาน หรือบัตรพนักงาน เพื่อเป็นการยืนยันการประกอบอาชีพของสมาชิกสมทบ
 5. สมาชิกที่กู้เงินกับสหกรณ์ฯ จะต้องสมัคร สสท. ค่าสมัครครั้งแรกจะหักจากเงินกู้ที่สมาชิกกู้เงิน สมาชิกจะต้องชำระเงินต่ออายุเงินสงเคราะห์สมาคมทุกปี จนกว่าสมาชิกจะหมดภาระหนี้ หากไม่ต้องการเป็นสมาชิกต่อ ต้องแจ้งลาออกเป็นลายลักษณ์อักษรต่อสหกรณ์ฯ
 6. สมาชิกที่ไม่ได้กู้เงินกับสหกรณ์ฯ หากต้องการสมัครเอง เมื่อสมาชิกส่งใบสมัครถึงสหกรณ์ฯ เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบความเรียบร้อยแล้ว จะแจ้งการโอนเงินค่าสมัครเข้าบัญชี ธ.กรุงไทย เลขที่ 130-0-16769-6 ชื่อบัญชี **ศูนย์ประสานงานฯ สมาคมฅาปนกิจสงเคราะห์ฯ**
 7. ใบสมัครสมาคมฅาปนกิจสงเคราะห์ทุกสมาคม / กองทุน ให้สมาชิกพิมพ์จากเว็บไซต์ www.ddccoop.com เนื่องจากสมาคมฅาปนกิจฯ มีการเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มใบสมัคร และแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์อยู่เสมอ หากสมาชิกนำใบสมัคร หรือใบรับรองแพทย์ที่ยกเลิกใช้แล้วมาสมัคร จะต้องเปลี่ยนแบบฟอร์มใหม่ที่เป็นปัจจุบัน เท่านั้น
 8. ใบสมัครทุกแผ่น ห้ามใช้น้ำยาลบคำผิด หากเขียนผิดให้ขีดฆ่า และลงชื่อกำกับไว้
- หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 063-0274134 , 087-5011108 งานฅาปนกิจสงเคราะห์ฯ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมควบคุมโรค จำกัด

เอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ที่ สสทท. กำหนด มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

ตัวอย่าง



สสทท. 1

ใบเสร็จรับเงิน สสทท. เล่มที่

เลขที่

ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ (วาระปกติ)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่..... กรุงเทพมหานคร

วันที่..... เดือน 28 มี.ค. 2569 พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) น.ส. สุวิมล ธรรมทองคำ อายุ 43 ปี

เลขประจำตัวประชาชน 3 1 2 9 8 0 0 0 0 2 1 1 1

เกิดวันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526 คู่สมรสชื่อ นายอรุณ ธรรมทองคำ

1 สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ กรมควบคุมโรค จำกัด เลขสมาชิกสหกรณ์ 12991

อื่นๆ (ระบุ).....

2 ประกอบอาชีพ

2.1 รับราชการ ดังนี้

(1) ข้าราชการ ตำแหน่ง (ระบุ)

(2) พนักงานราชการ ตำแหน่ง (ระบุ) เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

(3) ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง (ระบุ)

(4) พกส. / ลูกจ้างชั่วคราว ตำแหน่ง (ระบุ)

(5) อื่นๆ ระบุ

2.2 ข้าราชการบำนาญ บำเหน็จ บำเหน็จรายเดือน

2.3 เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ตำแหน่ง (ระบุ)

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน..... กองบริหารทรัพยากรบุคคล

ตำบล (แขวง)..... ตลาดขวัญ อำเภอ (เขต)..... บางพลี จังหวัด..... นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์..... 11000 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..... 02-5903000 ID Line..... 063-0274134

3 สถานที่อยู่ (ในการจัดส่งเอกสาร)

บ้านเลขที่ 182/107 หมู่ที่ 5 ซอย..... ถนน.....

ตำบล(แขวง)..... ไทรน้อย อำเภอ(เขต)..... บางบัวทอง จังหวัด..... นนทบุรี

รหัสไปรษณีย์..... 11110 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... 063-0274134 ID Line..... 0630274134

**กรณีฉุกเฉินติดต่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... อรุณ ธรรมทองคำ เกี่ยวข้องเป็น..... สามี

โทรศัพท์มือถือ..... 0875011108 ID Line..... 0875011108

4 การชำระเงิน ดังนี้

- ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 20 บาท
- ค่าบำรุงรายปี เป็นเงิน 20 บาท
- เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 6,000 บาท
- รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน 6,040 บาท (หกพันสี่สิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ..... น.ส. สุวิมล ธรรมทองคำ ผู้สมัคร

ตัวอย่าง



คำรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก

ผู้รับรองต้องเป็นสมาชิกสมาคมสมาชิกรัตนวิทยาการฝังเข็มไทย

ข้าพเจ้า นางอัญชลี เมิดขันธ์ สมาชิกสมาคมสมาชิกรัตนวิทยาการฝังเข็มไทย
ทะเบียนเลขประจำตัว 003206 อยู่บ้านเลขที่ 88/21 หมู่ที่ 5
ตรอก/ซอย - ถนน - ตำบล/แขวง บางพูด อำเภอ/เขต ปากเกร็ด
จังหวัด นนทบุรี โทรศัพท์ 02-5903820

ขอรับรองว่าผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว นงนิตย์ สอนทองศรี มีคุณสมบัติตามข้อบังคับ ข้อ 10.1
ของสมาคมสมาชิกรัตนวิทยาการฝังเข็มไทยทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
วันที่ 28 / ม.ค. 2569

สำหรับเจ้าหน้าที่สมาคม

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสท. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ ระเบียบ
และประกาศการรับสมัครสมาชิก สสท. ตามรอบการรับสมัคร หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของกรรมการ

- เสนอ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก สสท.
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการสมาคม สสท.

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสท. ตั้งแต่วันที่.....
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ / 25..... เมื่อวันที่.....
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายกสมาคม สสท.
 กรรมการ สสท. ปฏิบัติการแทน
นายกสมาคม สสท.

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

* ประทับตราของโรงพยาบาล



ตัวอย่าง



สสทท. 2

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก สสทท.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว กมลทิพย์ ตรีทองคำ อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน 3129800002111 ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

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

โรคประจำตัวอื่นๆ

ลงชื่อ ผู้ตรวจร่างกาย

* ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ กมลทิพย์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

* ลงชื่อ ผู้ตรวจร่างกาย

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียด ดังนี้

(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 สสทท. 2 ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 - (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) ให้การสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
 - (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสทท. โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป

* แพทย์เป็นผู้ลงรายละเอียดการตรวจร่างกาย

ตัวอย่าง

-2-



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสท.

สสท. 2

เขียนที่.....กรมควบคุมโรค.....วันที่.....เดือน.....28 มี.ค. 2569.....พ.ศ.....
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นงิณี ธรรมทองคำ.....
เลขประจำตัวประชาชน 3129800002111 อายุ.....43.....ปี
ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสท. 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) โรควัณโรค 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 สสท. 2 ไม่มี มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ สสท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสท. ตามข้อบังคับสมาคม พ.ศ. 2569 ข้อ 15(4) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้ง ข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....นงิณี.....
(นางนงิณี ธรรมทองคำ)
(ผู้สมัครสมาชิก สสท.)

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

ลงชื่อ.....อนันต์.....
(นายอนันต์ ธรรมทองคำ)
พยานผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์

ตัวอย่าง



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

เขียนที่.....กรมควบคุมโรค

วันที่.....เดือน 28 มี.ค. 2569

ข้าพเจ้า พ.ศ. ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ อายุ 43 ปี เกิดวันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2526

สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เลขทะเบียนที่.....

อยู่บ้านเลขที่ 182/107 หมู่ที่ 5 ถนน - ตำบล โสภโศภย์

อำเภอ มงฆะทอง จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11110

โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 063-0274134

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ นายอริย์ ธรรมทองคำ หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ที่ สสชท. พึ่งจ่าย ให้ผู้จัดการศพข้าพเจ้า

คือ นายอริย์ ธรรมทองคำ เกี่ยวข้องเป็น สามี ของข้าพเจ้า (10% ของเงินสงเคราะห์)

ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

* ตั้งเงินสงเคราะห์
ให้ได้ 90 %

2.1 นายอริย์ ธรรมทองคำ เกี่ยวข้องเป็น สามี ของข้าพเจ้า สัดส่วน 45% โทรศัพท์ 0875011108

2.2 นางแก้ว ออมสิน เกี่ยวข้องเป็น ภรรยา ของข้าพเจ้า สัดส่วน 45% โทรศัพท์ 0875011108

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....% โทรศัพท์.....

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่าๆกัน

อื่นๆระบุ ให้ส่วนแบ่งตามสัดส่วนที่ระบุไว้

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

**หมายเหตุ : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อเป็นการรักษาสิทธิ์

(ลงชื่อ)..... พ.ศ. ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ ผู้ให้คำยินยอม
(พ.ศ. ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ ธรรมทองคำ)

ผู้สมัครสมาชิก สสชท.

(ลงชื่อ)..... มีสกุล พยาน
(พ.ศ. ๖๖๖ ๖๖๖ ๖๖๖ ออมสิน)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ สสชท.
(.....)

* ตั้งเงินสงเคราะห์
ให้ได้ไม่เกิน
5 คช.

ตัวอย่าง

สสทท.9

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสงเคราะห์ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.)

เขียนที่.....^{กรมควบคุมโรค}
วันที่ 28 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นายอริย์ ธรรมทองคำ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน.....
เลขที่ 9 9 0 7 2 8 6 3 8 9 0 8 8 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 114 หมู่ที่ 6.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง) คลองขี้ อำเภอบางเขน ร้อยตรี.....
จังหวัด สงขลา รหัสไปรษณีย์ 90180 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ 0875011108
ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด
หรือ..... ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวประชาชน
เลขที่ 0 9 9 4 0 0 0 1 6 8 5 6 0 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 88/21 หมู่ที่ 4.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง) บางกอกใหญ่ อำเภอบางเขน เมือง.....
จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทรศัพท์บ้าน 02-5903820 โทรศัพท์มือถือ 063-0274134
เป็นผู้ (✓) รับเงินค่าจัดการศพ (✓) รับเงินสงเคราะห์ (✓) อื่นๆ ที่พึงได้รับ
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวชำระหนี้ของ..... ที่มีต่อ
สหกรณ์ออมทรัพย์..... จำกัด จนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับรองชอบในการที่ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้
เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว
(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(นายอริย์ ธรรมทองคำ)
(ลงชื่อ) บบมว ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(นางบบมว เอมอิม)
บัตรประชาชนเลขที่ บัตรประชาชนเลขที่.....
(ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ) ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)
บัตรประชาชนเลขที่..... บัตรประชาชนเลขที่.....
(ลงชื่อ) ผู้รับยินยอมและมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้รับยินยอมและมอบ
อำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า
(ลงชื่อ) พยาน (ลงชื่อ) พยาน /
(น.ส. ชลภากร ๖ เอมอิม) (น.ส. ชลภัฏ ๖ เอมอิม)