



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

88/44 ชั้น 2 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซ.สาธารณสุข 8 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 061-752-0990 (เจ้าหน้าที่งานสารบรรณ)

ที่ ฅกส.อสม. 1344

วันที่ 29 สิงหาคม 2565

เรื่อง ประกาศสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ฅกส.อสม.)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ประกาศสมาคม ฅกส.อสม. แห่งประเทศไทย ที่ 9/2565 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2565 จำนวน 1 ชุด
 2. ประกาศสมาคม ฅกส.อสม. แห่งประเทศไทย ที่ 10/2565 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2565 จำนวน 1 ชุด
 3. แบบฟอร์มหนังสือรับรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 ชุด
 4. แบบฟอร์มหนังสือรับรองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 ชุด

ด้วย สมาคม ฅกส.อสม. แห่งประเทศไทย อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 9 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ สม.5 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565 กำหนดให้สมาคมฯ รับสมัครสมาชิกเพิ่มเติมดังนี้

- (1) คู่สมรส อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือคู่สมรส อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร
- (2) เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- (3) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- (4) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานมัธยมกรุงเทพมหานคร
- (5) ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยกำหนดการรับสมัครเป็นรอบ ทั้งนี้รอบที่ 1 รับสมัครระหว่างวันที่ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม 2565

ในการนี้สมาคมจึงขอส่งประกาศการรับสมัครสมาชิกกลุ่มคู่สมรส และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน รายละเอียดตามสิ่งที่แนบมาด้วย และขอความอนุเคราะห์จากท่านในการประชาสัมพันธ์ให้หอสม.และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทราบ และขอความอนุเคราะห์ให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับที่เกี่ยวข้องช่วยอำนวยความสะดวก ในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฅกส.อสม แห่งประเทศไทย ของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความอนุเคราะห์แก่สมาคมฯ ด้วยดีเสมอมา

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์)

นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย



ประกาศคณะกรรมการสมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย
ที่ 9/2565

เรื่อง การรับสมัครสมาชิก กลุ่มคูสมรสสม.

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 9 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ สม.5 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1.2) คู่สมรส อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือคู่สมรส อาสาสมัครสาธารณสุขในเขต กรุงเทพมหานคร และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 10 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัคร ตาม (4) หลักฐานอื่นตามที่สมาคมกำหนด และอาศัยอำนาจตามมติคณะกรรมการสมาคมฯ ในการประชุม ครั้งที่ 10/2565 วันที่ 23 กรกฎาคม 2565

สมาคมฯ ขอประกาศการกำหนดรายละเอียดและหลักฐานอื่นในการสมัครสมาชิกสมาคมของ คู่สมรสสม. ดังนี้

1. ต้องเป็นคู่สมรสของอสม.
2. ต้องเป็นคู่สมรสของอสม.ที่เป็นสมาชิกสมาคม ฅกสม.อสม. แห่งประเทศไทย เท่านั้น
3. ต้องมีหลักฐานการจดทะเบียนสมรส
4. ต้องหักเงินจากบัญชีผู้สมัคร โดยต้องใช้บัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) เท่านั้น
5. เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
6. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
7. มีสุขภาพแข็งแรง
8. จะประกาศรับสมัครเป็นรอบ โดยรอบที่ 1 จะเปิดรับสมัครสมาชิกตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม 2565

9. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร

- 9.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร
- 9.2 ใบรับรองแพทย์ (ออกโดยสถานบริการของรัฐเท่านั้น)
- 9.3 สำเนาทะเบียนบ้าน
- 9.4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.)
- 9.5 สำเนาใบทะเบียนสมรส

10. เอกสารประกอบสำหรับผู้รับเงินสงเคราะห์

- 10.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 10.2 สำเนาทะเบียนบ้าน
- 10.3 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ถ้ามี)

11. ระบบการสมัคร

ให้บันทึกข้อมูลการสมัครลงในระบบออนไลน์เท่านั้น ตามขั้นตอนดังนี้

11.1 บันทึกข้อมูลผู้สมัครออนไลน์ โดยเข้าไปที่เว็บไซต์ www.ฉกส-อสม.com เลือกหัวข้อ “ตรวจสอบสถานะการเป็นสมาชิกฉกส.อสม.” ใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนของสมาชิกในการค้นหา กดพิมพ์บัตร กรอกหมายเลขบัญชี ธ.ก.ส. และกดยืนยัน จะปรากฏหน้าบัตรสมาชิก ให้สแกน QR Code หน้าบัตร แล้วยืนยันเลขบัตรประจำตัวประชาชน จะไปสู่หน้าสมุดชำระเงินประจำตัวสมาชิก และข้อความ “**ลงทะเบียน คู่สมรส**” กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดทุกช่องเรียบร้อยแล้ว กดบันทึกข้อมูล (กรณีมีบัตรสมาชิกแล้ว สามารถสแกน QR code หน้าบัตรเพื่อบันทึกข้อมูล)

11.2 ติดต่อรพ.สต. เพื่อขอรับใบสมัครที่บันทึกไว้เรียบร้อยแล้ว โดยใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครในการค้นหาจากโปรแกรมที่เปิดให้รพ.สต.ใช้

11.3 เตรียมหนังสือยินยอมให้ธนาคารหักเงิน ซึ่งจะได้รับสำเนาจากการทำหนังสือยินยอมกับธนาคารสาขาที่เปิดบัญชี หรือสั่งพิมพ์จากระบบมาลงนาม แล้วกดปุ่มอัปโหลดสำเนาหนังสือยินยอมให้ธนาคารหักเงินเข้าระบบ ก่อนสั่งพิมพ์ใบสมัคร **หากไม่อัปโหลดหนังสือยินยอมดังกล่าวจะสั่งพิมพ์ใบสมัครไม่ได้**

11.4 รพ.สต.สั่งพิมพ์ใบสมัครที่มีข้อมูลครบถ้วน และมี QR code เรียบร้อยแล้วออกมาเพื่อตรวจความถูกต้องและลงนาม ผู้สมัครต้องลงนามกำกับท้ายชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน และลงนามในช่องลงชื่อผู้สมัคร เจ้าหน้าที่ต้องลงนามในช่องผู้รับรอง

11.5 ตรวจสอบเอกสารแนบรายละเอียดตามมุมล่างซ้ายมือของใบสมัคร ให้ครบถ้วนแล้ว จึงรวบรวมใบสมัครและเอกสารดังกล่าวส่งมาที่สมาคมฯ

จึงประกาศมาเพื่อให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2565



(นายณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์)

นายกสมาคมพยาบาลจิตสงเคราะห์

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ ค่าสมัครสมาชิก 100 บาท และค่าบำรุงรายปี 25 บาท สมาคมฯ จะหักผ่านบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. เท่านั้น

เอกสารแนบท้ายประกาศ

1. แบบฟอร์มใบสมัคร

2. แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักเงิน

ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดเอกสารแบบฟอร์มต่าง ๆ ได้จากเว็บไซต์ www.ฉกส-อสม.com



ประกาศคณะกรรมการสมาคมพยาบาลนิกงสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย
ที่ 10/2565

เรื่อง การรับสมัครสมาชิก กลุ่ม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ข้าราชการหรือพนักงานราชการ หรือผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร และข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

.....

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 9 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ สม.5 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (1.3) เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- (1.4) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- (1.5) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
- (1.6) ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 10 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัครตาม (4) หลักฐานอื่นตามที่สมาคมกำหนด และอาศัยอำนาจตามมติคณะกรรมการสมาคมในการประชุมครั้งที่ 10/2565 วันที่ 23 กรกฎาคม 2565

สมาคมฯ ขอประกาศการกำหนดรายละเอียดและหลักฐานอื่นในการสมัครสมาชิกสมาคมของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก ฅกส.อสม. ได้จะต้องเป็นข้าราชการหรือพนักงานราชการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ข้าราชการ หรือพนักงานราชการในกลุ่มงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, ข้าราชการหรือ พนักงานราชการที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล, ข้าราชการหรือ พนักงานราชการที่ปฏิบัติงาน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, ข้าราชการหรือพนักงานราชการที่ปฏิบัติงาน ในกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวหรือกลุ่มเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลชุมชน

/โรงพยาบาล...

โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป, ข้าราชการหรือพนักงานราชการหรือผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัคร
สาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร และข้าราชการส่วนท้องถิ่นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น

2. เจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะต้องมียังหนังสือรับรองจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

3. เจ้าหน้าที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีหนังสือรับรองจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพ
ภาคประชาชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร จะต้องมียัง
หนังสือรับรองจากหัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร.

5. เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

6. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

7. มีสุขภาพแข็งแรง

8. ต้องหักเงินจากบัญชีผู้สมัคร โดยต้องใช้บัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
(ธ.ก.ส.) เท่านั้น

9. จะประกาศรับสมัครเป็นรอบ **โดยรอบที่ 1 จะเปิดรับสมัครสมาชิกตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน
ถึง 31 ธันวาคม 2565**

10. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร

10.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร

10.2 ใบรับรองแพทย์ (ออกโดยสถานบริการของรัฐเท่านั้น)

10.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

10.4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.

10.5 หนังสือรับรองว่าเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน (ตามแบบฟอร์มที่
สมาคมกำหนด)

10.6 หนังสือยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.

11. เอกสารประกอบสำหรับผู้รับเงินสงเคราะห์

11.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

11.2 สำเนาทะเบียนบ้าน

11.3 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ถ้ามี)

12. ระบบการสมัคร

12.1 บันทึกข้อมูลผู้สมัครออนไลน์ โดยเข้าไปที่**โปรแกรม Cremation Staff** ที่เปิดให้รพ.สต.
และหน่วยบริการระดับตำบล อำเภอ ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยใช้เลขรหัสสถานบริการในการบันทึกใบสมัคร
กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดทุกช่องเรียบร้อยแล้ว กดบันทึกข้อมูล

12.2 เตรียมหนังสือยินยอมให้ธนาคารหักเงิน ซึ่งได้รับสำเนามาจากการทำหนังสือยินยอมกับ

ธนาคารสาขาที่เปิดบัญชี หรือสั่งพิมพ์จากระบบมาลงนาม แล้วกดปุ่มอัปโหลดสำเนาหนังสือยินยอมให้ธนาคารหักเงิน เข้าระบบก่อนสั่งพิมพ์ใบสมัคร หากไม่อัปโหลดหนังสือยินยอมดังกล่าวจะสั่งพิมพ์ใบสมัครไม่ได้

12.3 สั่งพิมพ์ใบสมัครที่มีข้อมูลครบถ้วน และมี QR code เรียบร้อยแล้วออกมาเพื่อตรวจความถูกต้องและลงนาม ผู้สมัครต้องลงนามกำกับท้ายชื่อผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน และลงนามในช่องลงชื่อผู้สมัคร

12.4 ส่งใบสมัครที่ผู้สมัครลงนามแล้วให้สาธารณสุขอำเภอหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามรับรองในใบสมัครก่อนรวบรวมส่งไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหนังสือรับรอง และอัปโหลดหนังสือรับรองเข้าระบบ แล้วจัดส่งใบสมัครและเอกสารแนบมาที่สมาคมฯ

12.5 ขอให้จังหวัดส่งไฟล์ รายชื่อหนังสือรับรองให้สมาคมฯ ด้วย โดยสมาคมฯ จะเปิดช่องทางในระบบให้อัปโหลด ทั้งนี้หากสมาคมฯ ตรวจสอบไม่พบรายชื่อในไฟล์หนังสือรับรองที่อัปโหลดเข้าระบบ สมาคมฯ จะไม่สามารถนำผู้สมัคร รายนั้นเข้าระบบได้

12.6 หนังสือรับรองสามารถใช้ร่วมกันหลายคนได้ ตามแบบฟอร์มของสมาคมฯ

จึงประกาศมาเพื่อให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2565



(นายณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ ค่าสมัครสมาชิก 100 บาท และค่าบำรุงรายปี 25 บาท สมาคมฯ จะหักผ่านบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. เท่านั้น

เอกสารแนบท้ายประกาศ

1. แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักเงิน
 2. แบบฟอร์มหนังสือรับรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, กทม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดเอกสารแบบฟอร์มต่าง ๆ ได้จากเว็บไซต์ www.ฉกส.-อสม.com

หนังสือรับรอง

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในสังกัดในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ฉกส.อสม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อต่อไปนี้ เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....จริง

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

หนังสือรับรอง

ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน

เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย(ถกส.อสม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อต่อไปนี้เป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน
ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปฏิบัติงานที่..... (ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

หนังสือแสดงความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝาก

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา.....

ตามที่ ข้าพเจ้า.....ได้เปิดบัญชีเงินฝาก
บัญชีเลขที่.....ที่ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
สาขา.....ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า
เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี ค่าสงเคราะห์ศพ ค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้า ตามคำสั่งให้โอนเงินของสมาคม
ฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย เข้าบัญชีเงินฝาก...ออมทรัพย์
บัญชีเลขที่...๐๒๐-๑๖๙-๕๕๒-๘๗๓ ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
แห่งประเทศไทย (เงินบริหารจัดการ) และบัญชีเลขที่...๐๒๐-๑๖๙-๕๕๒-๒๕๕ ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจ
สงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินสงเคราะห์) โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้า
ทำหลักฐานการถอนเงินและบอกกล่าวล่วงหน้าแต่อย่างใด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินฝากโอนเข้าบัญชีดังกล่าว พร้อมหักค่าธรรมเนียม (ถ้ามี) และในกรณี
ที่เงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้ามีไม่เพียงพอต่อคำสั่งให้โอนเงินฝาก ซึ่งบัญชีเงินฝากที่รับโอนไม่ได้รับเงิน
ตามคำสั่งให้โอนเงินฝาก ทำให้ผิดเงื่อนไขของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
แห่งประเทศไทย ข้าพเจ้ายอมรับว่าไม่ใช่ความผิดของธนาคาร และจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นนั้น
จากธนาคาร

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการจนกว่าข้าพเจ้าจะมีหนังสือบอกกล่าวเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

()

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่ สสจ./สสอ./รพ.สต.)

()

ลงชื่อ.....พยาน

()