



เลทเทเบี่ยนสมาชิทที่...../๒๕.....

**ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม ฅกส. อสม.
(สำหรับ อสม.)**

เรียน นายกสมาคม ฅกส. อสม.

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน เป็น อสม. อสม. กทม.
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอสมัครเป็นสมาชิก ฅกส. อสม. และยินยอมชำระเงิน ค่าบำรุง (รายปี) เงินสงเคราะห์
 โดยยินยอมให้หักเงิน และหักเงินสำเร็จ จากบัญชีธนาคาร ธกส. หรือ ธนาคาร.....
 ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

ข้าพเจ้าทราบและรับรองว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม ฅกส. อสม. พ.ศ.๒๕๖๒ และแก้ไขเพิ่มเติมทุกประการ
 ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

๑. เกี่ยวข้องเป็น.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 บัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

๒. เกี่ยวข้องเป็น.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 บัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

๓. เกี่ยวข้องเป็น.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 บัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

๔. เกี่ยวข้องเป็น.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 บัญชีธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....หมายเลขบัญชี.....

(ลงชื่อ) ผู้สมัครสมาชิก (ลงชื่อ) ผู้รับรอง

ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง (.....)
 ตำแหน่ง.....

*** หมายเหตุ : ให้ จนท. ในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับรอง

สำหรับเจ้าหน้าที่ (ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....
 (.....) (.....)
 เลขสมาคม ฅกส. อสม. นายกสมาคม ฅกส. อสม.
/...../.....