



สมาคมปากีสถานสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

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

ที่ ผกส.อสม. 631

วันที่ 26 มีนาคม 2568

เรื่อง ขอเชิญประชุมชี้แจงแนวทางการรับสมัครสมาชิกสมาคม ผกส.อสม. แห่งประเทศไทย กลุ่มคู่สมรสสม./ อสส. และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ประกาศคณะกรรมการสมาคมฯ ที่ 1/2568 เรื่อง การรับสมัครสมาชิก กลุ่มคู่สมรสสม./ อสส. พ.ศ. 2568 จำนวน 1 ฉบับ
2. ประกาศคณะกรรมการสมาคมฯ ที่ 2/2568 เรื่อง การรับสมัครสมาชิก กลุ่มเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน พ.ศ. 2568 จำนวน 1 ฉบับ

ตามมติที่ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2567 สมาคมปากีสถานสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ผกส.อสม.) เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2568 และมติคณะกรรมการสมาคมฯ ในการประชุมครั้งที่ 11/2567 เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2567 กำหนดให้เปิดรับสมัครสมาชิกกลุ่มคู่สมรสสม./อสส. และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2568 รายละเอียดตามประกาศที่แนบมาพร้อมนี้ นั้น

ในการนี้ สมาคมฯ จึงขอเชิญเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมฯ ทุกจังหวัด ร่วมประชุมรับฟัง การชี้แจงแนวทางและรายละเอียดการใช้โปรแกรมรับสมัครสมาชิกกลุ่มดังกล่าว ในวันที่ 28 มีนาคม 2568 เวลา 9.30 น. เป็นต้นไป ทางระบบออนไลน์ (Zoom Meeting) หมายเลขห้องประชุม (Meeting ID): 827 1306 1471 รหัสผ่าน (Passcode): 801996

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป ขอขอบคุณที่ให้ความอนุเคราะห์แก่สมาคมฯ ด้วยดีตลอดมา

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์)

นายกสมาคมปากีสถานสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ หากเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมฯ ประสงค์ให้เจ้าหน้าที่รพ.สต. เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย ขอให้แจ้งจำนวนมาที่สมาคมฯ ผ่านระบบ Triple C (CCC) เพื่อเตรียมระบบรองรับการประชุม



ประกาศคณะกรรมการสมาคมอาบาศงเคราะห์อาสาศมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย
ที่ 1 /2568

เรื่อง การรับสมัครสมาชิก กลุ่มคุ้มครองสอม./ อสส. พ.ศ. 2568

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 9 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ ส.ณ.5 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565 กำหนดว่าผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1.2) คู่สมรส อาสาศมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือคู่สมรส อาสาศมครสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 10 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัครตาม (4) หลักฐานอื่นตามที่สมาคมกำหนด และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 11 วรรค 2 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ ส.ณ. 4 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 กำหนดว่า ผู้สมัครเป็นสมาชิกกลุ่มอื่น จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง แก่สมาคมแล้ว และอาจเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าตามข้อบังคับได้ และได้ยื่นใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกไว้แล้ว และอาศัยอำนาจตามมติคณะกรรมการสมาคมฯ ในการประชุมครั้งที่ 11/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 กำหนดให้เปิดรับสมัครสมาชิก กลุ่มคุ้มครองสอม./ อสส. ในเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2568

สมาคมฯ จึงขอประกาศการกำหนดรายละเอียดและหลักฐานอื่นในการสมัครสมาชิกสมาคมฯ ของคู่สมรสสอม./ อสส. ดังนี้

1. คุณสมบัติของคู่สมรสสอม./ อสส. ที่จะสมัครสมาชิกสมาคมฯ

- 1.1 ต้องเป็นคู่สมรสของสอม./ อสส. ที่เป็นสมาชิกสมาคม ฅกสม.อสม. แห่งประเทศไทย เท่านั้น
- 1.2 ต้องมีทะเบียนสมรส ที่มีอายุทะเบียนสมรสไม่น้อยกว่า 2 ปี นับถึงวันที่สร้างใบสมัครในระบบที่สมาคมฯ กำหนด
- 1.3 ต้องหักเงินจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) บัญชีเดียวกับที่สอม./ อสส. (คู่สมรสของผู้สมัคร) ให้สมาคม ฅกส.อสม. แห่งประเทศไทย หักเงินเท่านั้น
- 1.4 สอม./ อสส. แต่ละคนใช้สิทธินำคู่สมรสมาสมัครได้เพียง 1 ครั้ง
- 1.5 สอม./ อสส. ที่นำคู่สมรสมาสมัครต้องไม่มีเงินค้างชำระกับสมาคม ฅกส.อสม. แห่งประเทศไทย
- 1.6 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
- 1.7 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- 1.8 มีสุขภาพแข็งแรง

2. กำหนดการรับสมัคร เปิดรับสมัครสมาชิกกลุ่มคุ้มครองสอม./อสส. ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2568

3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบก่อนส่งพิมพ์ใบสมัคร

3.1 เอกสารของผู้สมัครสมาชิก

- 3.1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร
- 3.1.2 ใบรับรองแพทย์ (ออกโดยสถานบริการของรัฐเท่านั้น)

/3.1.3 สำเนา...

3.1.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.1.4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ของ อสม./ อสส. (คู่สมรสของผู้สมัคร)

3.1.5 หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.

3.1.6 สำเนาทะเบียนสมรส

3.2 เอกสารประกอบสำหรับผู้รับเงินสงเคราะห์

3.2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

3.2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน ต้องอัปเดตรูปถ่ายสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์เข้าระบบ

4. ระบบการสมัคร

ให้บันทึกข้อมูลการสมัครลงในระบบออนไลน์เท่านั้น ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 สมาชิกอสม./ อสส. ที่ต้องการสมัครสมาชิกให้กับคู่สมรส ทำการเพิ่มเพื่อนใน LINE OA ของสมาคมฯ (LINE ID : @chapa) และทำการยืนยันตัวตน ด้วยเลขบัตรประชาชน และ เลขบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ที่ให้สมาคมฯ หักเงิน

4.2 กดที่ Menu ในแชท LINE หัวข้อ สมัครกลุ่มคู่สมรส เพื่อกดกรอกข้อมูลให้กับผู้สมัคร (E-Filling)

4.3 กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และบันทึกข้อมูล

4.4 ให้คู่สมรส เพิ่มเพื่อนใน LINE OA (LINE ID : @chapa) ของสมาคมฯ และยืนยันตัวตนด้วยเลขบัตรประชาชน และ เลขบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ของ อสม./ อสส.

4.5 ติดต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ หน่วยบริการที่สมาชิกอสม./ อสส. สังกัดอยู่

4.6 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ค้นหาข้อมูลการสมัครด้วยเลขบัตรประชาชนของอสม./ อสส. หรือ ของผู้สมัครสมาชิก

4.7 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปเดตภาพบัตรประชาชนของผู้สมัคร และทำการยืนยันเลขบัตรประชาชน ด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัตรประชาชน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

4.8 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปเดตภาพสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ที่อสม./ อสส. รับค่าป่วยการ และทำการยืนยัน เลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

4.9 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พิมพ์หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินออกมาให้ อสม./ อสส., คู่สมรส (ผู้สมัคร) และ เจ้าหน้าที่ ลงชื่อตามแบบฟอร์ม จากนั้นอัปเดตภาพหนังสือแสดงความยินยอมที่มีลายมือชื่อครบถ้วนแล้ว เพื่อทำการยืนยันเลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ส่วนหนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินฉบับจริงให้อสม./ อสส. นำส่งกับธนาคาร ธ.ก.ส. สาขาที่เปิดบัญชี

4.10 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปเดตภาพใบรับรองแพทย์ พร้อมเลือกสถานบริการที่ออกไปรับรองแพทย์ จากรายการสถานบริการที่มีให้เลือกเท่านั้น (หากไม่มีรายการให้เลือก ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่สมาคมฯ)

4.11 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปเดตภาพทะเบียนสมรส พร้อมระบุวันที่จดทะเบียน เพื่อตรวจสอบว่าตรงตามเงื่อนไข

4.12 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. กดบันทึกข้อมูล พร้อมพิมพ์ใบสมัครออกมาให้อสม./ อสส. และผู้สมัครคู่สมรส ลงชื่อในใบสมัคร พร้อมกับเจ้าหน้าที่ลงชื่อเพื่อรับรอง

4.13 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปเดตภาพใบสมัครที่มีลายมือชื่อครบถ้วนแล้ว ตามข้อ 4.12 กลับเข้าสู่ระบบ เพื่อยืนยันการสมัคร จากนั้นส่งเอกสารเฉพาะใบสมัครมาที่สมาคมฯ

กรณีบันทึกข้อมูลผิดและต้องการแก้ไข หากยังไม่ดำเนินการข้อ 4.13 สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง แต่หากดำเนินการข้อ 4.13 แล้ว จะต้องแจ้งสมาคมฯ เพื่อทำการแก้ไข

5. เอกสารที่ต้องส่งสมาคมฯ ส่งเฉพาะใบสมัครตัวจริง ที่ผู้สมัครสมาชิก, อสม./ อสส. และเจ้าหน้าที่ ลงชื่อแล้ว ฉบับเดียวเท่านั้น เอกสารอื่นๆ ไม่ต้องส่ง เพราะสมาคมฯ จะตรวจสอบจากที่อัปโหลดไว้ในระบบ

กรณีที่ระบุความเกี่ยวข้องของผู้รับเงินสงเคราะห์เป็น ข้อ 22 (6) ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู ให้ทำหนังสือรับรองผู้รับผลประโยชน์ (ฉกส.อสม.8) แนบเข้ามากับใบสมัครด้วย ซึ่งสามารถพิมพ์แบบฟอร์มดังกล่าวได้จากหน้าระบบการสมัคร

6. ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสมบูรณ์

คู่สมรสอสม./ อสส. ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าไว้เป็นสมาชิก

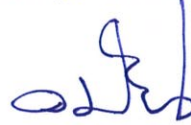
7. การชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์

7.1 เงินค่าสมัคร คู่สมรสอสม./ อสส. ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ทุกคน ต้องชำระค่าสมัคร 100 บาท โดยสมาคมฯ จะหักจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ซึ่งจะเรียกหักในเดือนที่ส่งชื่อให้กรรมการพิจารณาเพื่อรับรองการเป็นสมาชิก

7.2 ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ สมาคมฯ จะหักเงินค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ครั้งแรก เมื่อคู่สมรสอสม./ อสส. ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก มีสมาชิกภาพสมบูรณ์ คือพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าไว้เป็นสมาชิก

จึงประกาศมาเพื่อให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม 2568



(นายณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์)

นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ ค่าสมัครสมาชิก 100 บาท สมาคมฯ จะหักผ่านบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. เท่านั้น หากผู้สมัครทำการโอนเงินค่าสมัคร เข้าบัญชีสมาคมฯ หรือแนบเป็นเงินสดเข้ามา สมาคมฯ จะไม่คืนเงินและจะถือว่าเป็นเงินบริจาคทุกกรณี

เอกสารแนบท้ายประกาศ

1. แบบฟอร์มใบสมัคร

2. แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักเงิน

ทั้งนี้ไม่สามารถดาวน์โหลดเอกสารออกมาเขียนหรือพิมพ์เอง เนื่องจากสมาคมฯ จะรับเฉพาะใบสมัคร และหนังสือยินยอมให้หักเงินที่สั่งพิมพ์จากระบบการสมัครเท่านั้น

ใบสมัครเลขที่

เขียนที่.....

วันที่.....

วันที่สร้างใบสมัคร

เรียน นายก สมาคม ฅกส.อสม. แห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

[illegible]

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นคู่สมรสของ อสม. ชื่อ.....สมาชิกสมาคมเลขที่.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

จดทะเบียนสมรสวันที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฅกส. อสม. แห่งประเทศไทย และยินยอมที่จะชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ โดยได้รับความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตร และ สหกรณ์การเกษตร

สาขา.....ของสม ชื่อ บัณฑิต.....เลข บัณฑิต.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ยื่นหนังสือยินยอม ที่เจ้าของบัญชี ลงนาม ยินยอมให้หักเงิน แก่ ธนาคาร ธกส. สาขาดังกล่าวและ
ได้อัพโหลดสำเนาหนังสือยินยอมให้หักเงิน ลงในระบบสมัครสมาชิกเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ขอระบบซื้อผู้มีสิทธิ รับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1 ชื่อ เกี่ยวข้องกับ

[illegible]

ลงชื่อผู้สมัคร

2. ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

[illegible]

ลงชื่อผู้สมัคร

3. ชื่อ เกี่ยวข้องเป็น

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร

4.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและเอกสารที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับสมาคมนี้เป็นจริงทุกประการ หากสมาคมตรวจพบภายหลังว่าไม่เป็นไปตามที่ข้าพเจ้ารับรอง ขอให้ผลลัพธ์ทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก โดยที่สมาคมไม่ต้องคืนเงินที่ข้าพเจ้าได้ชำระแล้วแต่อย่างใด

☐ ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม ฌกส.อสม. แห่งประเทศไทย พ.ศ.2563 และข้อบังคับที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครสมาชิก

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจง(.....)

ตัวบรรจง(.....)

อสม.ผู้ให้ความยินยอมให้หักบัญชีชำระเงินสงเคราะห์

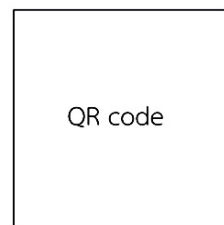
(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง(.....)

ชื่อสถานบริการ.....

เบอร์โทรเจ้าหน้าที่.....

OR code



หนังสือแสดงความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝาก

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรสาขา.....

ตามที่ ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ได้เปิดบัญชีเงินฝากของธนาคาร
เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่.....

สาขา.....นั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า
เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี ตามคำสั่งให้โอนเงิน ของสมาคมปณิกสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
แห่งประเทศไทย เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 020169592873 ชื่อบัญชี สมาคมปณิกสงเคราะห์อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินบริหารจัดการ) และค่าสงเคราะห์ศพ ค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เข้าบัญชีเลขที่
020169592255 ชื่อบัญชี สมาคมปณิกสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินสงเคราะห์)
ของข้าพเจ้าและคู่สมรสชื่อ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ซึ่งเป็นสมาชิกสมาคมฯ ตามคำสั่งให้โอนเงิน
ของสมาคมฯ โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทำหลักฐานการถอนเงินและบอกกล่าวล่วงหน้าแต่อย่างใด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินฝากโอนเข้าบัญชีดังกล่าว พร้อมหักค่าธรรมเนียม (ถ้ามี) และในกรณีที่เงินในบัญชี
เงินฝากของข้าพเจ้ามีไม่เพียงพอต่อคำสั่งให้โอนเงินฝาก ซึ่งบัญชีเงินฝากที่รับโอนไม่ได้รับเงินตามคำสั่งให้โอนเงินฝากทำให้ผิด
เงื่อนไขของสมาคมปณิกสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย ข้าพเจ้ายอมรับว่า
ไม่ใช่ความผิดของธนาคาร และจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นนั้น จากธนาคาร

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการจนกว่าข้าพเจ้าจะมีหนังสือบอกกล่าวเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อพยานคนที่ 1 (เจ้าหน้าที่ สสจ./สสอ./รพ.สต.)

(.....)

ลงชื่อพยานคนที่ 2 (คู่สมรสของสม.)

(.....)



ประกาศคณะกรรมการสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย
ที่ 2 /2568

เรื่อง การรับสมัครสมาชิก กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน พ.ศ. 2568

อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 9 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ ส.ณ.5 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565 และตามแบบ ส.ณ.4 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1.4) ข้าราชการ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย ระดับจังหวัด ที่มีอายุงานไม่น้อยกว่า 2 ปี

(1.5) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

(1.6) ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 10 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัครตาม (4) หลักฐานอื่นตามที่สมาคมกำหนด และอาศัยอำนาจตามมติคณะกรรมการสมาคมในการประชุม ครั้งที่ 11/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567

สมาคมฯ ขอประกาศการกำหนดรายละเอียดและหลักฐานอื่นในการสมัครสมาชิกสมาคมของกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. คุณสมบัติผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ

1.1 ข้าราชการ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ซึ่งหมายรวมถึงผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรือกลุ่มงานปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน)

1.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย ระดับจังหวัด ที่มีอายุงานไม่น้อยกว่า 2 ปี

1.3 ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าป่วยการให้อสม./ อสส. (ซึ่งหมายรวมถึงผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วย)

- 1.4 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
 - 1.5 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
 - 1.6 มีสุขภาพแข็งแรง
2. กำหนดการรับสมัคร เปิดรับสมัครสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2568
3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร
- 3.1 เอกสารของผู้สมัครสมาชิก
 - 3.1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร
 - 3.1.2 ใบรับรองแพทย์ (ออกโดยสถานบริการของรัฐเท่านั้น)
 - 3.1.3 สำเนาทะเบียนบ้าน
 - 3.1.4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.
 - 3.1.5 หนังสือรับรองว่าเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน (ตามแบบฟอร์มที่สมาคมฯ กำหนด) รายละเอียดตามข้อ 4 ของประกาศฉบับนี้
 - 3.1.6 หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.
 - 3.2 เอกสารประกอบสำหรับผู้รับเงินสงเคราะห์
 - 3.2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - 3.2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน ต้องอัปโหลดรูปถ่ายสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงินสงเคราะห์เข้าระบบ
4. ต้องมีเอกสารรับรองดังนี้
- 4.1 เจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องมีหนังสือรับรองจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
 - 4.2 เจ้าหน้าที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีหนังสือรับรองจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - 4.3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ต้องมีหนังสือรับรองจากหัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร
5. ระบบการสมัคร
- ให้บันทึกข้อมูลการสมัครลงในระบบออนไลน์ (ระบบ Cremation Staff) เท่านั้น ตามขั้นตอนดังนี้
- 5.1 คลิกเมนู สมัครสมาชิกกลุ่มเจ้าหน้าที่
 - 5.2 กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม
 - 5.3 อัปโหลดภาพบัตรประชาชน และทำการยืนยันเลขบัตรประชาชนด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัตรประชาชน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
 - 5.4 อัปโหลดภาพสมุดบัญชีธนาคาร และทำการยืนยันเลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

5.5 สั่งพิมพ์หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินออกมาจากระบบและลงชื่อ จากนั้นอัปโหลดภาพหนังสือแสดงความยินยอมที่มีลายมือชื่อครบถ้วนแล้ว เพื่อทำการยืนยันเลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และนำส่งหนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินฉบับจริงให้กับทางธนาคาร ธ.ก.ส. สาขาที่เปิดบัญชี

5.6 อัปโหลดภาพใบรับรองแพทย์ พร้อมเลือกสถานบริการที่ออกใบรับรองแพทย์ จากรายการที่มีให้เท่านั้น (หากไม่มีในรายการที่ให้เลือก ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่สมาคมฯ)

5.7 กดบันทึกข้อมูล พร้อมพิมพ์ใบสมัครออกมาเพื่อลงชื่อผู้สมัคร และส่งใบสมัครที่ผู้สมัครลงชื่อแล้วให้ผู้บังคับบัญชาระดับต้น เช่น ผอ.รพ.สต. หรือสาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ สสจ. ฯลฯ ลงชื่อรับรองในใบสมัคร ก่อนรวบรวมส่งไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหนังสือรับรอง และอัปโหลดหนังสือรับรองเข้าระบบ แล้วจัดส่งใบสมัครมาที่สมาคมฯ

5.8 ขอให้จังหวัดส่งไฟล์ Excel ที่มี ชื่อ-สกุล และเลขบัตรประชาชน และไฟล์ PDF หนังสือรับรองให้สมาคมฯ ด้วย โดยสมาคมฯ จะเปิดช่องทางในระบบให้อัปโหลด ทั้งนี้หากสมาคมฯ ตรวจสอบไม่พบรายชื่อในไฟล์หนังสือรับรองที่อัปโหลดเข้าระบบ สมาคมฯ จะไม่สามารถนำรายชื่อผู้สมัครรายนั้นเข้าระบบได้

5.9 หนังสือรับรองสามารถใช้ร่วมกันหลายคนได้ ตามแบบฟอร์มของสมาคมฯ

5.10 ผู้สมัคร เพิ่มเพื่อนใน LINE OA ของสมาคมฯ (LINE ID : @chapa) และยืนยันตัวตนด้วยเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน และเลขที่บัญชีธนาคารที่สมัครข้างต้น

6. เอกสารที่ต้องส่งสมาคมฯ ส่งเฉพาะใบสมัครตัวจริง ที่ผู้สมัครและผู้บังคับบัญชาระดับต้น (ตามข้อ 5.7) ลงชื่อแล้วฉบับเดียวเท่านั้น ส่วนเอกสารอื่นๆ ไม่ต้องส่ง เพราะสมาคมฯ จะตรวจสอบจากที่อัปโหลดไว้ในระบบ

กรณีที่ระบุดูความเกี่ยวข้องของผู้รับเงินสงเคราะห์เป็น ข้อ 22 (6) ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู ให้ทำหนังสือรับรองผู้รับผลประโยชน์ (ฉกส.อสม.8) แนบเข้ามากับใบสมัครด้วย ซึ่งสามารถพิมพ์แบบฟอร์มดังกล่าวได้จากหน้าระบบการสมัคร

7. ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสมบูรณ์

เจ้าหน้าที่ผู้สมัครเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าเป็นสมาชิก

8. การชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์

8.1 เงินค่าสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ทุกคน ต้องชำระค่าสมัคร 100 บาท โดยสมาคมฯ จะหักจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ซึ่งจะเรียกหักในเดือนที่ส่งชื่อให้กรรมการพิจารณาเพื่อรับรองการเป็นสมาชิก

8.2 ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ สมาคมฯ จะหักเงินค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ครั้งแรกเมื่อเจ้าหน้าที่ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก มีสมาชิกภาพสมบูรณ์ คือพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าไว้เป็นสมาชิก

จึงประกาศมาเพื่อให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม 2568



(นายณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์)

นายกสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ ค่าสมัครสมาชิก 100 บาท สมาคมฯ จะหักผ่านบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. เท่านั้น หากผู้สมัครทำการโอนเงินค่าสมัคร เข้าบัญชีสมาคมฯ หรือแนบเป็นเงินสดเข้ามา สมาคมฯ จะไม่คืนเงินและจะถือว่าเป็นเงินบริจาคทุกกรณี

เอกสารแนบท้ายประกาศ

1. แบบฟอร์มใบสมัคร
2. แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักเงิน
3. แบบฟอร์มหนังสือรับรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, กทม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้ไม่สามารถดาวน์โหลดเอกสารออกมาเขียนหรือพิมพ์เอง เนื่องจากสมาคมฯ จะรับเฉพาะใบสมัคร และหนังสือยินยอมให้หักเงิน ที่ส่งพิมพ์จากระบบการสมัครเท่านั้น เว้นแต่หนังสือรับรองตามข้อ 3. สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ได้จากเว็บไซต์ www.ฅมกส.-อสม.ฅอม



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม ฉกส.อสม.แห่งประเทศไทย

สำหรับข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.)
ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สังกัด กทม.
และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมฯ ระดับจังหวัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ใบสมัครเลขที่.....

วันที่สร้างใบสมัคร.....

เรียน นายก สมาชิก สมาคม ฉกส.อสม. แห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เป็นเจ้าหน้าที่กลุ่ม.....

ปฏิบัติงานที่.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฉกส. อสม. แห่งประเทศไทย และยินยอมที่จะชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ โดยได้รับความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตร และ สหกรณ์การเกษตร

สาขา.....ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ยื่นหนังสือยินยอม ที่เจ้าของบัญชี ลงนาม ยินยอมให้หักเงิน แก่ ธนาคาร ธกส. สาขาดังกล่าวและได้อัพโหลดสำเนาหนังสือยินยอมให้หักเงิน ลงในระบบสมัครสมาชิก เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ขอรระบุชื่อผู้มีสิทธิ์ รับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

2.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

3.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

4.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

☐ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและเอกสารที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับสมาคมนี้เป็นจริงทุกประการ หากสมาคมตรวจพบภายหลังว่าไม่เป็นไปตามที่ข้าพเจ้ารับรอง ขอให้มีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก โดยที่สมาคมไม่ต้องคืนเงินที่ข้าพเจ้าได้ชำระแล้วแต่อย่างใด

☐ ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม ฉกส.อสม. แห่งประเทศไทย พ.ศ.2563 และข้อบังคับที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครสมาชิก

ตัวบรรจง(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง(.....)

ชื่อสถานบริการ.....

เบอร์โทรเจ้าหน้าที่.....

QR code

หนังสือแสดงความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝาก

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา.....

ตามที่ ข้าพเจ้า.....ได้ เปิดบัญชีเงินฝาก

บัญชีเลขที่.....ที่ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา.....ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี ตามคำสั่งให้โอนเงินของสมาคมฯ ปกีสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย เข้าบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 020-169-592-873 ชื่อบัญชี สมาคมฯ ปกีสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินบริหารจัดการ) และค่าสงเคราะห์ศพ ค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เข้าบัญชีเลขที่ 020-169-592-255 ชื่อบัญชี สมาคมฯ ปกีสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินสงเคราะห์) โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้า ทำหลักฐานการถอนเงินและบอกกล่าวล่วงหน้าแต่อย่างใด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินฝากโอนเข้าบัญชีดังกล่าว พร้อมหักค่าธรรมเนียม (ถ้ามี) และในกรณี ที่เงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้ามีไม่เพียงพอต่อคำสั่งให้โอนเงินฝาก ซึ่งบัญชีเงินฝากที่รับโอนไม่ได้รับเงิน ตามคำสั่งให้โอนเงินฝาก ทำให้ผิดเงื่อนไขของสมาคมฯ ปกีสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน แห่งประเทศไทย ข้าพเจ้ายอมรับว่าไม่ใช่ความผิดของธนาคาร และจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นนั้น จากธนาคาร

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการจนกว่าข้าพเจ้าจะมีหนังสือบอกกล่าวเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

()

ลงชื่อพยาน (เจ้าหน้าที่ สสจ./สสอ./รพ.สต.)

()

ลงชื่อพยาน

()

หนังสือรับรอง

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมฯ ระดับจังหวัด
เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (มกส.อสม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อต่อไปนี้ เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....จริง

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

หนังสือรับรอง

ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดกรุงเทพมหานคร
เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ณกส.อสม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ขอรับรองว่ามีรายชื่อต่อไปนี้ เป็นข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัคร
สาธารณสุข ในสังกัดกรุงเทพมหานคร จริง

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน
กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

หนังสือรับรอง

ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน

เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ถกส.อสม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

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

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....