



ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว ๖๙๖

สำนักงานส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่นจังหวัดแพร่
ถนนราชภัฏอุทิศ พร ๕๔๐๐

๑๗) ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. พ.ศ. ๒๕๖๗ และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ นายกเทศมนตรีเมืองแพร่ และห้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดแพร่ ที่ ศธ ๔๒๑๐๓๙/๑๗๕๗ ลงวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่ ได้รับแจ้งจากสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดแพร่ว่า คณะกรรมการ ช.พ.ค. ในประชุมครั้งที่ ๓๗/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ และคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ได้พิจารณาเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการครองชีพให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา รวมถึงคู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษาที่มีอายุไม่เกิน ๓๕ ปีบริบูรณ์ ได้มีโอกาสสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. เพิ่มมากขึ้น ในการลงทะเบียนซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ถึงแก่ความตาย ในการนี้ คณะกรรมการ ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ได้มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. โดยกำหนดให้เริ่มเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจากผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่ จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดทราบโดยทั่วไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวเมมิกา รอดสี)

ผู้อำนวยการกลุ่มงานการเงิน บัญชี และการตรวจสอบ รักษาราชการแทน
ห้องถิ่นจังหวัดแพร่

ก.พ.น
ก.พ.น



ที่ ศธ 521039/ก.พ.น

สำนักงานส่งเสริมภาษาไทยรองหัวหน้าจังหวัดแพร
เลขที่..... 1951
วันที่..... 9 ๕.๙. 2567
เวลา.....

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดแพร
2/162-167 ถนนยันตรกิจโกศล ตำบลในเวียง
อำเภอเมืองแพร จังหวัดแพร 54000

๖ ธันวาคม 2567

เรื่อง แจ้งประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. พ.ศ. 2567
และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. พ.ศ. 2567

เรียน ห้องคันจังหวัดแพร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค.
พ.ศ. 2567 จำนวน 1 ชุด

2. ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส.
พ.ศ. 2567 จำนวน 1 ชุด

ด้วยคณะกรรมการ ช.พ.ค. ใน การประชุม ครั้งที่ 13/2567 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2567
และคณะกรรมการ ช.พ.ส. ใน การประชุมครั้งที่ 12/2567 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 ได้พิจารณาเรื่อง
หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ช่วยลด
ภาระค่าใช้จ่ายในการครองซึ้งให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา รวมถึงสุ่มรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา
ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ ได้มีโอกาสสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. เพิ่มมากขึ้น ในการลงทะเบียน
ช่วยเพื่อนครูซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ถึงแก่
ความตาย ในการนี้ คณะกรรมการ ช.พ.ค. - ช.พ.ส. ได้มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. - ช.พ.ส. โดยกำหนดให้เริ่มเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าจากผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ในอัตราดังต่อไปนี้

สมาชิก	เงินค่าสมัคร	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	รวมเป็นเงิน
ช.พ.ค.	50	100	150
ช.พ.ส.	50	50	100

รายละเอียดตามประกาศฯ แบบท้ายหนังสือฉบับนี้

ในการนี้...

“เรียนดี มีความสุข”

ในการนี้ สำนักงาน สกสค. จังหวัดแพร่ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านเพื่อโปรด
ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดของท่านได้ทราบโดยทั่วถัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายชิรพันธ์ ชัยอ่อน)

ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษาจังหวัดแพร่

งานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพ
โทรศัพท์ 0 5462 7118 , 06 2604 0686

“เรียนดี มีความสุข”



ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค.
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. พ.ศ. 2567

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 24 (1) ข้อ 11 และข้อ 12 แห่งระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการ ช.พ.ค. ในการประชุมครั้งที่ 13/2567 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 คณะกรรมการ ช.พ.ค. จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. อัตราเงินค่าสมัคร เงินสังเคราะห์ล่วงหน้า ใบรับรองแพทย์ และเอกสารประกอบใบสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. พ.ศ. 2567”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. พ.ศ. 2562

ข้อ 4 บรรดาคำสั่ง หลักเกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติอื่นใดที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ 5 ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนัก ช.พ.ค.-ช.พ.ส. ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการบริหารสำนักงานคณะกรรมการ สถสค. ที่คณะกรรมการ สถสค. กำหนด

“สำนักงาน สถสค. จังหวัด” หมายความว่า สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัด และหมายความรวมถึงสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษากรุงเทพมหานคร

“คณะกรรมการ ช.พ.ค.” หมายความว่า คณะกรรมการการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา

“ประธานกรรมการ ช.พ.ค.” หมายความว่า ประธานกรรมการการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา

“ระเบียบ ช.พ.ค.” หมายความว่า ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

/ข้อ 6 เงินค่าสมัคร...

ข้อ 6 เงินค่าสมัคร ให้เรียกเก็บจากผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เพียงครั้งเดียวในอัตราคนละห้าบาท
เงินค่าสมัครตามวาระหนึ่ง สำนักงานจะไม่คืนให้แก่ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ไม่ว่ากรณีใด ๆ

ข้อ 7 เงินลงทะเบียนที่ล่วงหน้า ให้เรียกเก็บจากผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เพียงครั้งเดียว ในอัตราคนละหนึ่งร้อยบาท เพื่อสำรองไว้เป็นค่าจัดการศพ

เงินลงทะเบียนที่ล่วงหน้าตามวาระหนึ่ง สำนักงานจะคืนให้กับผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

(2) ลาออก

(3) พ้นจากสมาชิกภาพ ช.พ.ค.

การคืนเงินลงทะเบียนที่ล่วงหน้าในกรณีตามวาระหนึ่ง สำนักงานจะคืนให้เท่าที่สมาชิก ช.พ.ค. ผู้นั้นไม่ได้อยู่ภายใต้ความผูกพันที่จะต้องจ่ายเงินลงทะเบียนที่ตามที่จ่ายไว้ล่วงหน้า

ข้อ 8 ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. ต้องยื่นใบสมัครตามแบบ (มค.1) ท้ายประกาศนี้ ด้วยตนเองต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด ดังต่อไปนี้

ก. ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามข้อ 11 แห่งระเบียบ ช.พ.ค. ให้ยื่นใบสมัครและหนังสือแสดงเจตนาระบุตัวผู้สมัครรับเงินลงทะเบียนที่ครอบครัว ช.พ.ค. (มค.2) พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

(1) ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งชี้明ที่ระบุน้ำหนักและอายุ รวมถึงประวัติทางการแพทย์ รับรองว่าขณะร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ และให้ใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย

(2) สำเนาใบสำคัญการสมรส/หลักฐานสำคัญการสมรส (ถ้ามี)

(3) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว -ชื่อสกุล (ถ้ามี)

ให้นำเอกสารฉบับจริงตาม (2) – (3) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัครด้วย

ข. ผู้สมัครที่เป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างของสหกรณ์ออมทรัพย์ครู นอกจากต้องปฎิบัติตามข้อ ก. แล้ว ต้องยื่นสำเนาเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการสมัครด้วย ดังนี้

(1) สำเนาคำสั่งแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างหรือหนังสือรับรองการเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง

(2) สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่ และเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

ให้นำเอกสารฉบับจริงตาม (2) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัครด้วย

ค. ผู้สมัครที่เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวหรือที่เรียกชื่ออ่อนอิงที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สำนักนายกรัฐมนตรี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากปฏิบัติตามความในข้อ ก. แล้ว ต้องยื่นเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการสมัครด้วย ดังนี้

(1) สำเนาคำสั่งมอบหมายงานหรือหนังสือรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา

(2) สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่และเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

ให้นำเอกสารฉบับจริงตาม (2) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัครด้วย

ง. ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิกครุสภาก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้แสดงหลักฐานหรือสำเนาหลักฐานเพื่อตรวจสอบได้ว่าเคยเป็นสมาชิกครุสภาก

ข้อ 9 ผู้ใดยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปักปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการอื่นใด โดยไม่สุจริตเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ให้ถือว่าผู้นั้นมีมิสิทธิ์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. มาตั้งแต่ต้น และมิได้รับการลงทะเบียนตามระเบียบ ช.พ.ค. อีกทั้งจะไม่คืนเงินได้ ๆ

หากมีปัญหาที่จำต้องวินิจฉัยด้านความในวรรคแรก คำวินิจฉัยของคณะกรรมการ ช.พ.ค. ให้เป็นที่สุด
ข้อ 10 ให้ประธานกรรมการ ช.พ.ค. รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

(นายพิรพันธ์ เทมารัด)

เลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ประธานกรรมการ ช.พ.ค.



ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

เจียนที่ สำนักงาน สกสค. จังหวัด.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. คุ่สมรสชื่อ

(2) เป็นผู้ดำเนินการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่ในดำเนินการ

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> คณาจารย์ | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารสถานศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา | <input type="checkbox"/> บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู | |
| <input type="checkbox"/> สมาชิกครุสภาก | <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษาอื่น | | |

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail

(4) ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail

(5) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา, สังกัด.....

ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน.....

เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

2. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

ชื่อ - ชื่อสกุล โทรศัพท์ E-mail.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

3. ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน 50.00 บาท

3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน 100.00 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 150.00 บาท

ตัวอักษร (หนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียนสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการยกเว้นค่าใช้จ่ายเพื่อศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมีความประสงค์สมัครเป็น สมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เคยสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. มาก่อน

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
มีเงินได้รายเดือนฯ ละ..... บาท สถานที่ทำงาน สังกัด.....
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้นขึ้นไป

2. การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน ช.พ.ค. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบทหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งข้าราชการเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปนกิจสงเคราะห์ ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. พ.ศ. 2567 และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อ, เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัด.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

เลขที่

ลักษณะที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเหตุบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□-□□-□

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)
2. ภูมิคุ้มกัน และ ฝ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)
3. เดย์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ วันที่ เดือน พ.ศ.

ในการนี้เด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ลักษณะที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลชื่อ
ที่อยู่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

ແล้าเมืองวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ป.ร.อท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ป่วยจากอาการของโรคติดต่อ หรือจิตพิการเพื่อน หรือปัญญาอ่อน ไม่ป่วยจากอาการของภาระติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุรำเรွง และไม่ป่วยจากอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ป่วยจากการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วันโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคแท้งร้างในระยะที่ป่วยจากการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่นๆ (ถ้ามี)

(2) สุขภาพเดินและข้อนอนของนายแพทย์

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ชั้น ได้รับทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดง證券ที่เป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ในรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตราไว้ในข้อความดังต่อไปนี้

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากนิติบุคคลคณะกรรมการแพทย์สภานากรประเทศไทย ประจำครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561



**ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส.
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. พ.ศ. 2567**

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 23 (1) และข้อ 10 แห่งระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกอบกับมติคณะกรรมการ ช.พ.ส. ในการประชุมครั้งที่ 12/2567 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2567 คณะกรรมการ ช.พ.ส. จึงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. อัตราเงินค่าสมัครเงินสังเคราะห์ทั้งหน้า ในรับรองแพทย์ และเอกสารประกอบใบสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. พ.ศ. 2567”

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ 3 ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการสมัครสมาชิก ช.พ.ส. พ.ศ. 2562

ข้อ 4 บรรดาคำสั่ง หลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติอื่นใดที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ หรือซึ่งขัดแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ 5 ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนัก ช.พ.ค.-ช.พ.ส. ตามข้อบังคับเกี่ยวกับการบริหารสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ที่คณะกรรมการ สกสค.กำหนด

“สำนักงาน สกสค. จังหวัด” หมายความว่า สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาจังหวัด และหมายความรวมถึงสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษากรุ่งเทพมหานคร

“คณะกรรมการ ช.พ.ส.” หมายความว่า คณะกรรมการการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย

“ประธานกรรมการ ช.พ.ส.” หมายความว่า ประธานกรรมการการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย

“ระเบียบ ช.พ.ส.” หมายความว่า ระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมาปนกิจสังเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ข้อ 6 เงินค่าสมัคร ให้เรียกเก็บจากผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. เพียงครั้งเดียวในอัตราคนละห้าสิบบาท เงินค่าสมัครตามวรรคหนึ่ง สำนักงานจะไม่คืนให้แก่ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ไม่ว่ากรณีใด ๆ

/ข้อ 7 เงินสังเคราะห์...

ข้อ 7 เงินส่งเคราะห์ล่วงหน้า ให้เรียกเก็บจากผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. เพียงครั้งเดียว ในอัตรา คนละห้าสิบบาท เพื่อสำรองไว้เป็นค่าจัดการศพ

เงินส่งเคราะห์ล่วงหน้าตามวาระหนึ่ง สำนักงานจะคืนให้กับผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ในการณ์ ดังต่อไปนี้

- (1) ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิก ช.พ.ส.
- (2) ลาออก
- (3) พ้นจากสมาชิกภาพ ช.พ.ส.

การคืนเงินส่งเคราะห์ล่วงหน้าในกรณีตามวาระหนึ่ง สำนักงานจะคืนให้เท่าที่สมาชิก ช.พ.ส. ผู้นั้น ไม่ตอกย้ำภายใต้ความอนุญาตที่จะต้องจ่ายเงินส่งเคราะห์ตามที่จ่ายไว้ล่วงหน้า

ข้อ 8 ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ต้องยื่นใบสมัครตามแบบ (ฉบับ.1) ท้ายประกาศนี้ ด้วยตนเองต่อเจ้าหน้าที่ ณ สำนักงาน สกสค. จังหวัด ดังต่อไปนี้

ก. ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติตามข้อ 9 แห่งระเบียบ ช.พ.ส. ให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐาน ประกอบการสมัคร ดังนี้

(1) ใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม รับรองว่าขณะตรวจร่างกายผู้สมัครเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ และให้ใช้ได้ไม่เกินหนึ่งเดือนนับแต่วันที่ได้มี การตรวจร่างกาย

- (2) สำเนาใบสำคัญสมรส/หลักฐานสำคัญการสมรส
- (3) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อตัว -ชื่อสกุล (ถ้ามี)

ให้นำเอกสารฉบับจริงตาม (2) - (3) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัครด้วย

ข. ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติดังข้อ ก. แล้ว ต้องยื่นสำเนาเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการสมัครด้วย ดังนี้

(1) สำเนาคำสั่งแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างหรือหนังสือรับรองการเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง
(2) สำเนาสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ปฏิบัติหน้าที่และเอกสารหรือ สัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

ให้นำเอกสารฉบับจริงตาม (2) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัครด้วย

ค. ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติด้วยกฎหมายเป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว หรือที่เรียกชื่อเป็นอย่าง อื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสังกัดหรือในกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สำนักนายกรัฐมนตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาชีพในสังกัด แล้ว ต้องยื่นเอกสารหลักฐานเพื่อประกอบการสมัครด้วย ดังนี้

(1) สำเนาคำสั่งมอบหมายงานหรือหนังสือรับรองว่าเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษา

(2) สำเนาคำสั่งบรรจุและแต่งตั้ง หรือสัญญาจ้าง หรือเอกสารหลักฐานที่แสดงว่าหน่วยงานจ้างให้ ปฏิบัติหน้าที่และเอกสารหรือสัญญาจ้างนั้นต้องมีกำหนดเวลาจ้างต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่าหนึ่งปี

ให้นำเอกสารฉบับจริงตาม (2) มาแสดงต่อหน้าเจ้าหน้าที่ในวันสมัครด้วย

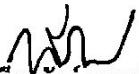
ง. ผู้สมัครที่มีคุณสมบัติด้วยกฎหมายที่เคยเป็นสมาชิกครุสภาก่อนวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ให้แสดง หลักฐานหรือสำเนาหลักฐานเพื่อตรวจสอบว่าได้เคยเป็นสมาชิกครุสภาก

ข้อ 9 ผู้ได้ยื่นใบสมัครอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความอันควรแจ้งให้ทราบ หรือกระทำการอื่นใด โดยไม่สุจริตเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ให้ถือว่าผู้นั้นมีมิสติ或是มัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. มาตั้งแต่นั้น และมีได้รับการลงทะเบียน ช.พ.ส. อีกทั้งไม่คืนเงินใดๆ

หากมีปัญหาที่จำต้องวินิจฉัยตามความในวรรคแรก คำวินิจฉัยของคณะกรรมการ ช.พ.ส. ให้เป็นที่สุด

ข้อ 10 ให้ประธานกรรมการ ช.พ.ส. รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายพีระพันธ์ เหมะรัต)

เลขานุการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการ
และสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
ประธานกรรมการ ช.พ.ส.



ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

1. สำหรับผู้สมัคร

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ - □

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. จดทะเบียนสมรส ณ เชต / อำเภอ

จังหวัด เลขที่ทะเบียนสมรส /

(2) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ E-mail

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน □ สถานที่เดิมกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ E-mail

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □ - □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □ - □

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.

(2) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติน้ำหนักในตำแหน่ง

 ครุ คณาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารการศึกษา บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานในสหกรณ์ออมทรัพย์ครู สมาชิกครุสภาก บุคลากรทางการศึกษาอื่น

(3) ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา สังกัด

ปัจจุบันข้าพเจ้ารับเงินเดือน/ค่าจ้างประจำ จากหน่วยงาน

เลขที่ ถนน แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

* กรณีย้ายที่อยู่/สถานที่ปฏิบัติงาน ข้าพเจ้าจะแจ้งเปลี่ยนแปลงให้สำนักงาน สกสค. จังหวัด ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. กรณีที่ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ให้ติดต่อบุคคล ดังต่อไปนี้

ชื่อ - ชื่อสกุล โทรศัพท์ E-mail

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

4. ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

4.1 ค่าสมัคร

เป็นเงิน 50.00 บาท

4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

เป็นเงิน 50.00 บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 100.00 บาท

ตัวอักษร (หนึ่งร้อยบาทถ้วน)

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. และคู่สมรส) ได้รับทราบหลักการและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการณาประจยศกษาที่ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 แล้ว และมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่เคยสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. มาก่อน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

2. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาของคู่สมรสผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
มีเงินได้รายเดือนฯ ละ..... บาท สถานที่ทำงาน สังกัด.....
เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

2. การรับรองมีผลบังคับใช้ได้ไม่เกิน 60 วัน นับแต่วันที่รับรอง

3. สำหรับเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้าซึ่งได้รับมอบหมายให้นับบัญชีงาน ช.พ.ส. ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบทหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนถูกต้องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งชำระเงินค่าสมัคร เงินลงทะเบียนแล้วทันตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการณาประจยศกษาที่ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่ความตาย พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และประกาศของคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. พ.ศ. 2567 และได้กระทำต่อหน้าข้าพเจ้าจริง

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ
(.....)
ผู้อำนวยการสำนักงาน สถศ. จังหวัด.....
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

เลขที่

ค่าเบี้ยนชดเชยที่ ๑ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขอันดับประจำตัวประชาชน □-□□□□□-□□□□□-□□-□

ข้าพเจ้ายื่นใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงวันที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ในการนี้เด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ค่าเบี้ยนชดเชยที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลชื่อ
ที่อยู่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปอนด์ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคคิดเหตุ หรือจิตพัฒนาเพื่อน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของภาระทางด้านจิตใจ เช่น การติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุนัขเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต้อปีกน

- (1) โสดในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) รักใครในระยะอันตราย
- (3) โสดห้ามรักในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่นๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

ลงวันที่ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ชั้นที่หนึ่งที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ในรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเมื่อวันที่

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยศาสตร์ในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561