



กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

Member of Thai Public Health SACCOs Members' Welfare Fund (MTPF)

ที่ กสธ. ว. 3803 /2566

๑ มิถุนายน 2566

เรื่อง ประกาศโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย และแจ้งปรับปรุงแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ กสธ.

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข โรงพยาบาล และสหกรณ์ออมทรัพย์ ห่วงโซ่งานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ กสธ. ล้านที่ 2 กสธ. ล้านที่ 3 จำนวน 1 ชุด

และ กสธ. ล้านที่ 4

2. ประกาศ กสธ. เรื่องกำหนดโรคร้ายแรงอื่นๆ

จำนวน 1 ชุด

ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

ตามที่กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย ได้จัดตั้งเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2558 ตามความจำเป็นและความต้องการของสมาชิก และกำหนดข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. เสนอที่ประชุมใหญ่สามัญครั้งแรกพิจารณาและรับทราบ เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2558 เพื่อเป็นสวัสดิการส่งเคราะห์ครอบครัวสมาชิก สสธ. เพิ่มอีก 1 ล้านบาท รวมทั้งเพื่อเป็นหลักประกันของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทยเพิ่มขึ้น ให้เหมาะสมกับภาระเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานของ กสธ. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 5/2566 วันเสาร์ ที่ 27 พฤษภาคม 2566 มีมติเห็นชอบประกาศโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย และปรับปรุงแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ กสธ. ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของ กสธ. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น กสธ. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก กสธ. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่ กสธ. กำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ กสธ. ล้านที่ 2 กสธ. ล้านที่ 3 และ กสธ. ล้านที่ 4 ได้ที่ www.matpf.com และการรับสมัครสมาชิก กสธ. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค ๙ โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง



กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

เลขที่ 199/9 อาคารเพชรสะพานบุญ ชั้น 4 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 0 2496 1350-57, 09 2581 8080, 09 2592 4199 โทรสาร 0 2496 1359



199/9 Petch Saphan Boon Building, 4th Floor, Moo 2, Nakhon In Road, Bang Si Thong Subdistrict, Bang Kruai District, Nonthaburi Province 11130 Thailand
Tel. +66 2496 1350-57, 09 2581 8080, 09 2592 4199 Fax +66 2496 1359 <http://www.matpf.com>

6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)
7. โรคเอดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคเอสแอลอี (SLE)

และโรคประจำตัวรายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ กสธ.
ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (ALZHEIMER)
3. โรคสมองเสื่อม (DEMENTIA)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (ANEURYSM)
5. โรคเส้นเลือดขอดในสมอง
6. โรคซึมเศร้า (DEPRESSIVE DISORDER)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (THYROID TOXICOSIS) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ซอร์โนเมเนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคชาลัสซีเมีย (THALASSEMIA) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟ่าชาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha Thalassemia Major), เบต้าชาลัสซีเมีย เมเจอร์ (Beta Thalassemia Major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันด้านบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m. proto ขึ้นไป หรือค่าความดันด้านล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m. proto ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (DM) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus infection) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่า ปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกฟ่อ (Aplastic Anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคฮีโมฟีเลีย (HEMOPHILIA)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (ITP : Immune thrombocytopenia)

ทั้งนี้ หากคุณยังประสบงานไม่มั่นใจในการณ์ที่ได้รับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุโดยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามข้อ 1 - 9 และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งไปรับรองแพทย์มาให้ กสธ. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่คุณยังประสบงาน โดย กสธ. จะมีองค์กรแพทย์ กสธ. ประจำบดด้วย นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สมชาย ศรีสมบัณฑิต ซึ่งเป็นรองประธานกรรมการ คนที่ 2 และที่ปรึกษาของ กสธ. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก กสธ. ได้หรือไม่

อนึ่ง ในกรณีที่ กสธ. ตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในไปรับรองแพทย์ หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร กสธ. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามระเบียบ กสธ. พ.ศ. 2566 ข้อ 9.3 และข้อ 11 (7) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโโนะะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัว หรือเงินสินไหมไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

จึงประกาศมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก กสธ. ทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(ดร.มหาสัก นุจุนชิรัทธิ์ชัย)

ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการ

สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะไทย



ประกาศกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย เรื่อง กำหนดโรครายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

เพื่อให้การดำเนินงานของ กสธ. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพ โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 5/2566 วันเสาร์ ที่ 27 พฤษภาคม 2566 มีมติเห็นชอบ ประกาศโรครายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย และปรับปรุงแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ กสธ. ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงาน ของ กสธ. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น กสธ. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัคร เป็นสมาชิก กสธ. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่ กสธ. กำหนดเท่านั้น โดยสามารถ ดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ กสธ. ล้านที่ 2 กสธ. ล้านที่ 3 และ กสธ. ล้านที่ 4 ได้ที่ www.matpf.com และการรับสมัครสมาชิก กสธ. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
6. ภาวะไตวาย (ลังไต)
7. โรคเอเดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคเอสแอลอี (SLE)

และโรคประจำตัวรายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ กสธ.
ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)
3. โรคสมองเสื่อม (Dementia)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)
5. โรคเส้นเลือดขอดในสมอง (Cerebral AVM)

6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)
7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Thyroiditis) ที่ยังไม่สามารถควบคุมให้ไทรอยด์ออร์โมนอยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. โรคชาลัสซีเมีย (Thalassemia) ชนิดเมเจอร์ (Major) ได้แก่ อัลฟ่าชาลัสซีเมียเมเจอร์ (Alpha thalassemial major), เป็นตัวชาลัสซีเมียเมเจอร์ (Beta thalassemial major), โรคชาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ
9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีค่าความดันตัวบน (Systolic pressure) ตั้งแต่ 180 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป หรือค่าความดันตัวล่าง (Diastolic pressure) ตั้งแต่ 110 ม.m.ป্রอท ขึ้นไป
10. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ที่มีค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus, HCV) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver disease) ที่มีภาวะตับอักเสบร่วมด้วย สูงกว่าปกติ 2 เท่าขึ้นไป
14. โรคไขกระดูกผ่อง (Aplastic anemia)
15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีภาวะชัก ในระยะ 1 ปีล่าสุด
16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
17. โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
18. โรคเอิมฟีเลีย (Hemophilia)
19. โรคอ้วน (Obesity) ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (Immune thrombocytopenic : ITP)

ทั้งนี้ หากศูนย์ประสานงานไม่มีมั่นใจในกรณีที่ได้รับรองแพทย์ของผู้สมัครระบุโดยมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามข้อ 1 - 9 และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่นๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ส่งไปรับรองแพทย์มาให้ กสธ. พิจารณาผ่านช่องทางไลน์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน โดย กสธ. จะมีองค์กรแพทย์ กสธ. ประกอบด้วย นายแพทย์ชัชวาล ก่อสกุล และนายแพทย์สมชาย ศรีสมบัติ ที่ซึ่งเป็นรองประธานกรรมการ คนที่ 2 และที่ปรึกษาของ กสธ. จะเป็นผู้วินิจฉัยว่าสามารถสมัครสมาชิก กสธ. "ได้หรือไม่"

อนึ่ง ในกรณีที่ กสธ. ตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบร่วมกันว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโครอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมากก่อนการสมัคร กสธ. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นขาดคุณสมบัติตามระเบียบ กสธ. พ.ศ. 2566 ข้อ 9.3 และข้อ 11 (7) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการส่งเคราะห์ครอบครัว หรือเงินสินไหมไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป

(ดร.มหาสัก บุญศรีเมธีชัย)

ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการ
สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขไทย



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 2)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธ. ล้านที่ 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้
โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ)
โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางจิตใจที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิการ ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- | | |
|---|---|
| (3.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
 (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธ. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
 สมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະ ໄທກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສມັກສາມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 2)

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสรท. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
 - 2. ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 - 3. ไม่มีจิตพันธุ์เสื่อม ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|--|--|
| (4.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย (ลังไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขออภัยนั่นว่าถ้อยແຄลงທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກາດ หากข้าพเจ້ແຄลงຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າແລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສີທີ່ຈາກການເປັນສາມາຊີກ ກສທ. ຕາມຮະບັບກສທ. ຂ້ອງ 14(3) ໄດ້ທັນທີ ແລ້ວຂ້າພເຈ້າຂອງສະສິທີ່
ໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສ້າງສົດການສົງເຄຣະໜ້າຄຽບຄວາມເມື່ອຂ້າພເຈ້າເສີຍໝົງຕົວ ຮ່ວມທັງ ຂ້າພເຈ້າໄມ້ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດກ່ອງ
ເງິນສ້າງສົດການສົງເຄຣະໜ້າຫຼືເງິນອື່ນໄດ້ຈາກ ກສທ. ທັງສິນ ໂດຍຂ້າພເຈ້າຢືນຢັນປະຕິຕາມຮະບັບ
ກສທ. ຖຸກປະກາດ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กศนท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

විෂ්වාසී

(.....)

ຜົນສັນຕິພາບ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ

คุณชีวี

ຂໍ້ມູນ

(.....)

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศนย์ประสานงาน

พยาน/ผู้ชี้อธิบายเรื่องราว



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 3)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธ. ล้านที่ 3

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้
โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ)
โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางจิตใจที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิการ ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- | | |
|---|---|
| (3.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
 (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธ. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະ ໄທກາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສມັກສາມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 3)

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
เลขประจำตัวประชาชน อาย... ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก กสธท. ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
 - 2. ไม่เป็นผู้มีภัยทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 - 3. ไม่มีจิตพิณ์เพ้อ惚 ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- | | |
|--|--|
| (4.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.5) โรคเบาหวานขันรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.6) ภาวะไตวาย (ล่างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.9) โรคอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| (4.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขออภัยนั่นว่าถ้อยແຄลงທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກາດ หาก ข้าพเจ้าແຄลงຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເຫຼື່ອແລ້ວ ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສີທີ່ຈາກການເປັນສາມາຊີກ ກສທ. ຕາມຮະບັບກສທ. ຂ້ອງ 14(3) ໄດ້ທັນທີ ແລ້ວ ข้าพเจ้าຂອ້ອສະສິທີ່ ໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສັວສົດການສົງເຄຣະໜໍ່ຄຣອບຄຣວາເມື່ອ ข้าพเจ້າເສີຍໝົວໃຕ ຮົມທັ້ງ ข้าพเจ້າໄມ້ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດກ່ອງ ເງິນສັວສົດການສົງເຄຣະໜໍ່ຄຣອບຄຣວາ ອູ້ເງິນອື່ນໄດ້ຈາກ ກສທ. ທັ້ງສິນ ໂດຍ ข้าพเจ້າຢືນຢັນມີການປັບປຸງຕິດຕາມຮະບັບກສທ. ຖຸກປະກາດ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กสธ. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

විෂ්වාසී

(.....)

ຜົນມັດສະນາຊີກ ກສທ.

ຄົນຫຼື້ວ

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

๘๙๗

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสวัสดิการสงเคราะห์



ใบรับรองแพทย์ (ล้านที่ 4)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธ. ล้านที่ 4

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้
โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ)
โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ลงชื่อ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ได้ตรวจร่างกายและสอบประวัติ นาย/นาง/นางสาว..... แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

- (1) ไม่เป็นผู้มีภาระทางกายภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
 (2) ไม่มีจิตพิการ ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- | | |
|---|---|
| (3.1) โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.2) โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.3) โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.4) โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.7) โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.8) โรคตับแข็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| (3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธ. 2 | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชนหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (3) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธ. จะไม่รับเป็นสมาชิก
 (4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธ. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็น
 สมาชิก กสธ. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ถ้อยແຄລງແລະໃຫ້ກາຍີ່ຍອມຂອງຜູ້ສົມຄຣສມາຊີກ ກສທ. (ລ້ານທີ 4)

ເຂົ້ານທີ.....ວັນທີ.....ເດືອນ.....ພ.ສ.....

ໜ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລີນປະຈຳຕັ້ງປະຊານ ອາຍຸ.....ປີ

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃຫ້ປະວັດສຸຂພາບຂອງໜ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮັດສົມຄຣສມາຊີກ ກສທ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂພາບແຂ້ງແຮງ
- 2. ໄມເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພພລກາພ ຈະໄມ່ສາມາຮັດປົງບັດໜ້າທີ່ໄດ້
- 3. ໄມມີຈິຕິພື່ນເພື່ອນ ໄມ່ສົມປະກອບ

4. ປະວັດກາຮັດໂຮດຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|--|--|
| (4.1) ໂຮມະເຮົງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.2) ໂຮຄ້ວາໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.3) ໂຮຄວັນໂຮຄ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.4) ໂຮປປົດເຮືອຮັງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.5) ໂຮຄເບາຫວານຂັ້ນຮຸນແຮງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.6) ກວາງໄຕວາຍ (ລ້ານໄຕ) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.7) ໂຮຄເອດສີ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.8) ໂຮຄຕັບແຂ້ງ | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.9) ໂຮຄເອສແເລອື່ອ (SLE) | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| (4.10) ໂຮຄຮ້າຍແຮງອື່ນໆ ທີ່ຄະນະກຽມກາຮ່ານວ່າອັນຕາຍ ຕາມປະກາສແນບທ້າຍຂອງ ກສທ. 2 | <input type="checkbox"/> ໄມ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |

ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃຫ້ຢືນວ່າຄົນທີ່ໄດ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກອບ ພາກໜ້າພເຈົ້າແຄລງຂອງຄວາມອັນເປັນເທົ່າລັດ
ໃຫ້ ກສທ. ຕັດສິທິ່ງຈາກກາຮ່ານວ່າມີຄົນທີ່ໄດ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈິງທຸກປະກອບ ຕາມຮະບັບ ກສທ. ຂ້າ 14 (3) ໄດ້ທັນທີ ແລະ ໜ້າພເຈົ້າຂອ້າໃຫ້ສະສິທິ່ງ
ໃນການທີ່ຈະຮັບເງິນສວັດກິດກາຮ່ານເສຍເຫຼືອກ່າວມ້າ ຢ່າງເປັນກົດ້າ ຮ່າມທັງໝົດ ໜ້າພເຈົ້າໄມ່ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດວຽກ
ເງິນສວັດກິດກາຮ່ານເສຍເຫຼືອກ່າວມ້າ ທັງສິ້ນ ໂດຍໜ້າພເຈົ້າຍີ່ຍອມປົງບັດໜ້າທີ່ມີຄວາມຈິງທຸກປະກອບ
ກສທ. ຖື່ນຕົ້ນ

ໜ້າພເຈົ້າຍີ່ຍອມເປີດແຜຍປະວັດສຸຂພາບຂອງໜ້າພເຈົ້າ ໂດຍມອບໃຫ້ ກສທ. ຂອປະວັດກາຮັດຂອງໜ້າພເຈົ້າ
ຈາກສານພຍາບາລທີ່ເກີ່ມວ່າຈະໄດ້

ລັງຊື່.....

(.....)

ຜູ້ສົມຄຣສມາຊີກ ກສທ.

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າທີ່ມີຄວາມຈິງທຸກປະກອບ

ລັງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຄວາມຈິງທຸກປະກອບ