



ประกาศสมาคมกฏหมายทางทะเลสมาชิกรับสมัครแห่งประเทศไทย

เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิกรับสมัครพิเศษ รอบ 1 – 3 (สิงหาคม ถึง ตุลาคม) ประจำปี 2568

อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับสมาคมกฏหมายทางทะเลสมาชิกรับสมัครแห่งประเทศไทย (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2568 ข้อ 51 (1) และมติที่ประชุมใหญ่วิสามัญ ประจำปี 2568 คณะกรรมการ สสอท. ชุดที่ 7 เมื่อวันที่ 18-19 กรกฎาคม 2568 จึงออกประกาศเพื่อเปิดรับสมัครสมาชิก สสอท. รอบพิเศษ รอบ 1 – 3 (สิงหาคม ถึง ตุลาคม) ประจำปี 2568 ดังนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสมาคมกฏหมายทางทะเลสมาชิกรับสมัครแห่งประเทศไทย เรื่อง การเปิดรับสมัครสมาชิกรับสมัครพิเศษ รอบ 1 – 3 (สิงหาคม ถึง ตุลาคม) ประจำปี 2568”

ข้อ 2 บรรดาประกาศ คำสั่ง หลักเกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติอื่นใดที่กำหนดไว้แล้วในประกาศนี้ ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ 3 ผู้สมัครเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้จะต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 4

ข้อ 4 คุณสมบัติของผู้สมัคร

4.1 สมาชิกสามัญ

4.1.1 เป็นสมาชิกรับสมัครพิเศษ ซึ่งเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ พลอาสาสมัคร อาสาสมัครทหารพรานของสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร และเจ้าหน้าที่ของ สสอท.

4.1.2 อายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 65 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2512)

4.1.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ

4.1.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง ณ วันสมัคร

4.2 สมาชิกวิสามัญ

4.2.1 เป็นบุคคลซึ่งเป็นบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายที่บรรลุนิติภาวะ

พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน ของสมาชิกสามัญ ตามข้อ 4.1.1

4.2.2 อายุเกิน 55 ปี แต่ไม่เกิน 65 ปี (ไม่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2512)

4.2.3 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ

4.2.4 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง ณ วันสมัคร

ข้อ 5 ผู้สมัครสมาชิกวิสามัญสามารถสมัครเป็นสมาชิกพร้อมกับผู้สมัครสมาชิกสามัญได้ แต่จะได้รับสิทธิการพิจารณาเป็นสมาชิก เมื่อผู้สมัครสมาชิกสามัญ ผ่านการรับรองสิทธิจากคณะกรรมการเท่านั้น

ข้อ 6 เอกสารประกอบการสมัคร มีดังนี้

6.1 ใบสมัคร (สสอท.1 รอบพิเศษ) ***สีเขียว** สำหรับสมาชิกสามัญ หรือใบสมัคร (สสอท.1/1รอบพิเศษ) ***สีเหลือง** สำหรับสมาชิกวิสามัญ **(จะต้องกรอกข้อความต่าง ๆ ในใบสมัครด้วยตนเอง เท่านั้น)**

6.2 หนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3 รอบพิเศษ) สำหรับสมาชิกสามัญ หรือหนังสือแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ (สสอท.3/1 รอบพิเศษ) สำหรับสมาชิกวิสามัญ **(ต้องกรอกข้อความต่าง ๆ ในหนังสือด้วยตนเอง เท่านั้น)**

6.3 ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสอท. (รอบพิเศษ)

6.4 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้สมัคร

6.5 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร

6.6 ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้น 1 (ตามแบบ สสอท. 2 รอบพิเศษ) ที่แนบ โดยสามารถดาวน์โหลดได้จาก www.ca-comil.com) จาก **โรงพยาบาลของรัฐพร้อมประทับตรา** (รายละเอียดตามข้อ 11) เท่านั้น

6.7 ผลการตรวจเลือดที่แสดงค่า AFP, CA19-9, BUN, Creatinine, eGFR, HIV, CEA, PSA (ผู้ชาย), CA125 (ผู้หญิง), CA15-3 (ผู้หญิง) และผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ผู้หญิง) ต้องไม่เกิน 30 วัน นับถึงวันที่แพทย์ลงนามรับรองในใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐพร้อมประทับตรา

6.8 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐของผู้จัดการศพ และผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน

6.9 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้จัดการศพและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน

6.10 สำเนาเอกสารประกอบอื่น ๆ

6.10.1 สำเนาทะเบียนสมรส กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสของสมาชิกสามัญ หรือมอบเงินสงเคราะห์ให้คู่สมรส

6.10.2 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ หรือชื่อสกุล กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อ หรือชื่อสกุล

6.10.3 หนังสือรับรองของสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่มีได้เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท.

พร้อมตราประทับของสหกรณ์ สำหรับผู้สมัครสมาชิกสามัญ

6.10.4 หนังสือรับรองจากหน่วยงานทางการปกครอง หรือจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงต้นสังกัดของผู้สมัคร ซึ่งมีชั้นยศตั้งแต่พันโทขึ้นไปเท่านั้น (แบบ สสอท.17 พร้อมตราประทับ) กรณีเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ออกหนังสือรับรอง

6.11 สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก **ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน) ประเภทออมทรัพย์**ของผู้สมัครเท่านั้น

หมายเหตุ 1. สำเนาเอกสารทุกฉบับ เจ้าตัวจะต้องลงนามรับรองว่า “สำเนาถูกต้อง”

2. ผู้สมัครจะต้องลงนามรับรองสำเนาเอกสารตามข้อ 6.8, ข้อ 6.9, ข้อ 6.10 และ ข้อ 6.11 ทุกฉบับ

ข้อ 7 การสมัคร

7.1 ผู้สมัครต้องกรอกใบสมัคร และยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารต่าง ๆ ตามข้อ 6 **ด้วยตนเอง** เท่านั้น โดยจะต้องบันทึกภาพ ระหว่างการเขียนใบสมัครต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน จำนวน 1 ภาพที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดของสมาชิกสามัญซึ่งเป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. (หากตรวจพบ หรือปรากฏในภายหลังไม่ได้สมัครด้วยตนเอง จะต้องพ้นสมาชิกภาพทันทีและไม่ได้รับสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น)

ในกรณีที่สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่มีได้เป็นศูนย์ประสานงาน ให้สมัครโดยตรง ณ สำนักงานของสมาคม เลขที่ 124/125 หมู่บ้านนนทรี 5 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130 (ฝั่งตรงข้ามกับอาคารชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด) เพียงแห่งเดียวเท่านั้น ในวันราชการเวลา ระหว่างเวลา 09.00 - 12.00 น. และ 13.00 - 16.00 น. (พักกลางวัน 12.00 - 13.00 น.)

7.2 ตารางการสมัครสมาชิก การเก็บเงินค่าสมัคร, เงินค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ดังนี้

รอบ	เดือนที่สมัคร	วันที่รับสมัคร	จำนวนเงินที่เรียกเก็บกับผู้สมัครสมาชิก			รวมเป็นเงิน (บาท)
			ค่าสมัคร (บาท)	ค่าบำรุง (บาท)	เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า (บาท)	
1/2568 พิเศษ	สิงหาคม	1-22 ส.ค. 68	100.00	50.00	2,400.00	2,550.00
2/2568 พิเศษ	กันยายน	1-25 ก.ย. 68	100.00	50.00	2,000.00	2,150.00
3/2568 พิเศษ	ตุลาคม	1-22 ต.ค. 68	100.00	50.00	1,600.00	1,750.00

หมายเหตุ กรณีมาสมัครที่ สสอท. ไม่รับชำระเป็นเงินสด สามารถชำระผ่าน Mobile Banking ได้ทุกธนาคารโดยการสแกน QR Code

ข้อ 8 ผู้สมัครที่เคยเป็นสมาชิก สสอท. แต่พ้นจากสมาชิกภาพไปแล้ว ถ้ามาสมัครใหม่จะต้องชำระเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าค้างจ่ายเพิ่มเติมจากข้อ 7.2

ข้อ 9 แบบต่าง ๆ ที่ใช้ในการสมัครต้องเป็นไปตามแบบที่สมาคมกำหนด โดยรับได้จากสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของ สสอท. เมื่อประสงค์ที่จะสมัคร และต้องเขียนต่อหน้าเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ข้อ 10 ผู้ออกไปรับรองแพทย์ตาม ข้อ 6.7 ต้องเป็นแพทย์ซึ่งขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น

ข้อ 11 แพทย์ผู้ออกไปรับรองแพทย์ จะต้องรับรองว่า ขณะตรวจร่างกายผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอท. ตามประกาศนี้ เป็น **“สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพแข็งแรง”**

โดยปราศจากประวัติการรักษาโรคดังกล่าวต่อไปนี้

(1) โรคเมเร็ง (2) โรคหัวใจ (3) วัณโรค (4) โรคปอดเรื้อรัง (5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง (6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) (7) โรคเอดส์/HIV (8) โรคตับแข็ง (9) โรคเอสแอลอี (SLE) (10) โรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ทาง สสอท. ไม่รับเป็นสมาชิก

ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ออกให้ตามวรรคหนึ่งจะต้องมีตราประทับของโรงพยาบาลของรัฐนั้น ๆ โดยให้มีผลบังคับใช้ได้ **ไม่เกิน 30 วัน** นับแต่วันที่ได้มีการตรวจร่างกาย **ถึงวันที่สมัคร**

ข้อ 12 ผู้ใดแสดงข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับคุณสมบัติและหรือ เอกสารใด ๆ ประกอบการสมัครตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิในการสมัครเป็นสมาชิก สสอท. ของบุคคลนั้น ให้ตกเป็นโมฆะ และไม่ได้รับสิทธิสงเคราะห์ตามข้อบังคับ สสอท. ทุกกรณี

ข้อ 13 คณะกรรมการ สสอท. พิจารณาและรับรองผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้ได้รับสิทธิ์สงเคราะห์ โดยจะประกาศให้ทราบผ่านศูนย์ประสานงานที่รับสมัคร สำหรับผู้สมัครตรงให้ติดตามทาง www.ca-comil.com หรือสอบถามผ่านทางไลน์ ID: ewm9605s

กรณีผู้สมัครไม่ผ่าน ทาง สสอท.จะไม่ส่งคืนเงินค่าสมัคร และเอกสารประกอบการสมัครทุกฉบับของผู้สมัครที่ สสอท. ไม่รับเข้าเป็นสมาชิก แต่จะส่งคืนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินค่าบำรุงรายปี

ตารางรายละเอียดการดำเนินงานและระยะเวลาการรับสมัครสมาชิกรอบพิเศษ รอบ 1 – 3 (สิงหาคม ถึง ตุลาคม) ประจำปี 2568

ลำดับ	รอบ	วันที่รับสมัคร	คณะกรรมการ พิจารณา คุณสมบัติสมาชิก	วันที่รับสิทธิ์ เวลา 09.00 น. เป็นต้นไป			คืนเงิน กรณีผู้สมัครไม่ผ่าน
				เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ	เสียชีวิตทุกโรค ยกเว้น ฆ่าตัวตาย	ฆ่าตัวตาย	
1	1/2568 พิเศษ	1-22 ส.ค. 68	22-30 ก.ย. 68	1 ต.ค. 68	1 ต.ค. 69	1 ต.ค. 70	ภายใน 17 ต.ค. 68
2	2/2568 พิเศษ	1-25 ก.ย. 68	20-31 ต.ค. 68	1 พ.ย. 68	1 พ.ย. 69	1 พ.ย. 70	ภายใน 17 พ.ย. 68
3	3/2568 พิเศษ	1-22 ต.ค. 68	24-28 พ.ย. 68	1 ธ.ค. 68	1 ธ.ค. 69	1 ธ.ค. 70	ภายใน 17 ธ.ค. 68

ข้อ 14 กรณีที่มีการตีความหรือวินิจฉัยชี้ขาดการรับสมัครเข้าเป็นสมาชิก ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการ สสอท. ตามข้อบังคับฯ และถือเป็นอันสิ้นสุด

ข้อ 15 ให้นายก สสอท. รักษาการตามประกาศนี้
จึงประกาศมาให้ทราบ และถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

ประกาศ ณ วันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

พลเอก 

(วิชา ไผ่เกาะ)

นายกสมาคม

ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า (ยศ ชื่อ-สกุล) ต้นสังกัด สอ. จำกัด
ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประชาชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบรับรองแพทย์โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพด้วยความสัตย์จริง ดังนี้

- | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|
| 1.โรคประจำตัว | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... | 8.โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 2.อุบัติเหตุและผ่าตัด | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 9.โรคไต | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 10.โรคเอดส์/HIV | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4.โรคเมเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 11.โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 5.โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 12.โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 6.โรควัณโรค | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 13.ประวัติอื่น ๆ ที่สำคัญ | |
| 7.โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... | | |

ลงชื่อ

(.....)

แจ้งไว้วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

โรงพยาบาล (สถานที่ตรวจ) เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัด

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (ยศ-ชื่อ-สกุล) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย (ยศ-ชื่อ-สกุล ผู้ขอใบรับรองแพทย์)

แล้วเมื่อ วันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว

- | | |
|---|---|
| ☐ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญหาอ่อน | ☐ ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ |
| ☐ ไม่ปรากฏอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง | ☐ ไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรคต่อไปนี้ |

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. โรคเมเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 2. โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 3. โรควัณโรค | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4. โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 6. ภาวะไตวาย (ล้างไต) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 7. โรคเอดส์/HIV | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 8. โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 9. โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |

ประทับตรา
โรงพยาบาลรัฐ

สรุปความเห็นแพทย์และข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

- หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่เป็นจริง
- (2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง หรือ สุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ 1 - 9 หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที
- (5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดเท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอท.

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2568 เป็นต้นไป (สำหรับผู้สมัครรอบพิเศษเท่านั้น)



ถ้อยแถลงและให้การยินยอมของผู้สมัครสมาชิก สสอท. (รอบพิเศษ)

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว/ ยศเต็ม ชื่อ – สกุล)..... นามสกุล

เลขประจำตัวประชาชน อายุ ปี

ขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สสอท. (รอบพิเศษ) ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

- 4.1 โรคมะเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.2 โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.3 โรควัณโรค ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.4 โรคปอดเรื้อรัง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.5 โรคเบาหวานขึ้นรุนแรง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.6 ภาวะไตวาย (ล้างไต) ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.7 โรคเอดส์/HIV ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.8 โรคตับแข็ง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- 4.9 โรคเอสแอลอี (SLE) ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

5. โรคภัยแรงอื่น ๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้ว ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้ สสอท. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิก สสอท. ตามข้อบังคับ สสอท. (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2568 ข้อ 16(5) ได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า จะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใด ๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจาก สสอท. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ สสอท.ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ สสอท. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้ พร้อมนี้ ข้าพเจ้าและผู้รับเงินสงเคราะห์ทุกคน ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญด้วยแล้ว



ลงชื่อ ผู้สมัครสมาชิก สสอท.
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 1
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 2
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 3
(.....)

ลงชื่อ พยาน/ ผู้รับเงินสงเคราะห์ คนที่ 4
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน
(.....)

ลงชื่อ ประธาน/ผู้จัดการศูนย์ประสานงาน
(.....)

หมายเหตุ ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลงลายมือชื่อทุกคน ถ้าไม่พอให้เขียนเพิ่ม