



เรื่อง หนังสือรับรองสุขภาพตนเอง

เรียน นายกสมาคมฯ ปณกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์และพนักงานกลุ่มเซ็นทรัล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุปี

โทรศัพท์..... เป็นสมาชิกสหกรณ์ เลขที่สมาชิก..... ไม่เป็นสมาชิกสหกรณ์ขอสมัคร สมาชิกสามัญ สมาชิกวิสามัญ สมาคมฯ ปณกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์และพนักงานกลุ่ม

เซ็นทรัล ได้แนบใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ (ชื่อ โรงพยาบาล).....แล้ว

และขอเรียนว่าระยะเวลาที่ผ่านมาข้าพเจ้ามีประวัติเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคต่อไปนี้ ดังนี้

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| 1. โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตั้งแต่วันที่..... |
| 2. โรควัณโรคในระยะอันตราย | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตั้งแต่วันที่..... |
| 3. โรคหัวใจหรือหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตั้งแต่วันที่..... |
| 4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง (ระยะ 4) | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตั้งแต่วันที่..... |
| 5. โรคตับอักเสบ | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตั้งแต่วันที่..... |
| 6. โรคปอดเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตั้งแต่วันที่..... |
| 7. ภาวะไตวาย | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ตั้งแต่วันที่..... |
| 8. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ..... | | |

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ขอรับรองว่าข้อความตาม ข้อ 1 – 8 เป็นความจริง
ทุกประการและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือให้สมาคมฯ ปณกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์และ
พนักงานกลุ่มเซ็นทรัล ขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาหรือที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าจะเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับโรคประจำตัวและถึงแก่ความตายภายในหนึ่งปี นับแต่วันที่สมาคมฯ ปณกิจ
รับเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสถานะเป็นสมาชิกตั้งแต่วันสมัคร ไม่มีสิทธิได้รับเงินสงเคราะห์และให้ทางสมาคม
คืนเฉพาะเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า-ฝากหัก (หากมี) ให้แก่บุคคลที่ข้าพเจ้าแจ้งไว้ในใบสมัครด้วย

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลสาขา)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้จัดการศพ/ผู้รับเงินสงเคราะห์)

(.....)