



37782
103 201

สมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร ๓ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐ โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒ ๕๕๐ ๑๕๑๑

ที่ สป.สธ. ๑๓ / ๒๕๖๑

๓ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญสมัครเป็นสมาชิก สมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
เรียน อธิบดีกรมทุกกรม/เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา/ผู้อำนวยการสถาบัน/กลุ่ม/สำนัก/
ศูนย์หรือเทียบเท่าทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยสมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข มีภาระหน้าที่เป็นศูนย์รวม
ของการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของข้าราชการบำเน็จบำนาญ ที่มี
ความประสงค์ ที่จะเข้าร่วมกันทำประโยชน์แก่มวลสมาชิก ของสังคมและประเทศชาติ จะได้ช่วยเหลือ
และสนับสนุนด้วยการส่งเสริม และ พัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ เป็นการเพิ่มพูนความรู้และ
ทักษะการดำเนินชีวิต อย่างต่อเนื่อง ด้านสุขภาพอนามัย และการดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม
รวมถึงให้การสนับสนุนทางวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่มวลสมาชิกของสมาคม ฯ และ
สังคมอื่น ๆ ประชาชนทั่วไปและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องนั้น

ในการนี้ทาง สมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะ
ขอเชิญชวนข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ยังรับราชการอยู่และจะเกษียณอายุราชการ เป็นสมาชิก
ของสมาคม ฯ

จึงเรียนมาเพื่อขออนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดของท่านสมัครเป็นสมาชิกของ
สมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข และขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วินัย วิริยกิจจา)

นายกสมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข

๑๙๐๐ ถนนวิภาวดีรังสิต
พื้นที่บางเขน กรุงเทพมหานคร
๑๕

๓ กรกฎาคม
นายแพทย์
สรเสริญ ศรีธรรม
[Signature]

สำนักงาน
โทร./โทรสาร ๐๒ ๕๕๐ ๑๕๑๑
๐๘๘ ๘๘๔ ๖๔๘๒

๐๒๕๕/๐๑/๓๖
5๓๕๐/

(นายสรเสริญ ศรีธรรม)
ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล



บัตรประจำตัวสมาชิกเลขที่.....

ใบสมัคร

เป็นสมาชิกสมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข

*กรณกรอกด้วย ตัวบรรจง และกรอกข้อมูลตามแบบให้มากที่สุด

(๑) ข้าพเจ้าชื่อนามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ.,.....

(๒) ตำแหน่งปัจจุบันกรณี () ยังอยู่ในราชการ.....
() เกษียณฯ แล้ว ตำแหน่งก่อนออกจากราชการ.....
สังกัดกรม..... กระทรวงสาธารณสุข () กระทรวง.....

(๓) ติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ เลขที่ หมู่ที่ ซอย.....
ชื่อหมู่บ้าน ตำบล/แขวง..... ถนน.....
อำเภอ/เขต..... () กทม./ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....

(๔) งานที่จะทำ / ทำอยู่แล้วหลังเกษียณฯ เป็นแบบ () รับงานเป็นjob () งานอดิเรก
() อาสาสมัคร () กิจการส่วนตัว () กิจการของครอบครัว () เป็นงานที่มีรายได้
() ช่วยงานสังคม โดยอื่น ๆ(ระบุ).....

(๕) ข้าพเจ้าขอเสนอตัวช่วยงานสมาคมฯ ในด้าน/เรื่อง

(๖) ขอสมัครเป็นสมาชิกตลอดชีพ โดยชำระค่าสมัคร พร้อมค่าบำรุงสมาคม
จำนวนรวม ๑,๐๓๐ บาท (หนึ่งพันสามสิบบาท) โดย ข้าพเจ้า ได้
() มอบเงินสด ให้รับไป ในวันสมัคร
() ส่งทางธนาณัติ สั่งจ่าย เจริญญิกสมาคม ณ ที่ทำการไปรษณีย์ กระทรวงสาธารณสุข
() โอนเข้าบัญชี ชื่อสมาคมข้าราชการบำเน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข

ธนาคารกรุงไทย สาขา กระทรวงสาธารณสุข บัญชีหมายเลข ๑๔๒ -๑-๐๒๖๗๐-๘

*ตามสำเนาใบโอนที่แนบมาพร้อมนี้

(ลงชื่อ)ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

*ข้าราชการและลูกจ้าง ที่ยังรับราชการอยู่ สมัครเป็นสมาชิกได้ ถ้ารับราชการมาแล้ว ๑๐ ปี