



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand

ประชุมชี้แจงแนวทางและรายละเอียดการรับสมัครสมาชิกกลุ่ม
คู่สมรสสม./อสส. และกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน

วันที่ 28 มีนาคม 2568 เวลา 09.30 น.





เรื่องที่จะแจ้งให้ทราบในวันนี้

1. การรับสมัครสมาชิกกลุ่มผู้สมรส อสม./อสส
2. การรับสมัครสมาชิกกลุ่มเจ้าหน้าที่งานสุขภาพภาคประชาชน (พี่เลี้ยง อสม./อสส.)
3. การยืนยันตัวตนใหม่ เพื่อเข้าใช้โปรแกรม Cremation Staff
4. Line Official (Line OA) กลุ่มเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงอสม. ทุกระดับ
5. การชำระยอดค้างเงินสงเคราะห์ให้สมาคมฯ ด้วย QR Code
6. ตอบปัญหาจากผู้เข้าประชุม



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand

ประกาศคณะกรรมการ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แห่งประเทศไทยที่ 1/2568

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกกลุ่มตู้สมรส อสม./อสส. พ.ศ. 2568





อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 9 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ ส.ฌ.5 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565 กำหนดว่าผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1.2) คู่สมรส อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือคู่สมรส อาสาสมัครสาธารณสุขในเขต กรุงเทพมหานคร และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 10 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัครตาม (4) หลักฐานอื่นตามที่สมาคมกำหนด และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 11 วรรค 2 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ ส.ฌ. 4 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 กำหนดว่า ผู้สมัครเป็นสมาชิกกลุ่มอื่น จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการมีมติรับเข้าเป็นสมาชิก และได้ชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุงแก่สมาคมแล้ว และอาจเก็บเงินสงเคราะห์ ล่วงหน้าตามข้อบังคับได้ และได้ยื่นใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกไว้แล้ว และอาศัยอำนาจตามมติคณะกรรมการสมาคมฯ ในการประชุมครั้งที่ 11/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567 กำหนดให้เปิดรับสมัครสมาชิก กลุ่มคู่สมรสอสม./ อสส.ในเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2568



สมาคมฯ จึงขอประกาศการกำหนดรายละเอียดและหลักฐานอื่นในการสมัครสมาชิกสมาคมฯ ของผู้สมรสสม./ อสส. ดังนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมรสสม./ อสส. ที่จะสมัครสมาชิกสมาคมฯ

- 1.1 ต้องเป็นผู้สมรสของสม./ อสส. ที่เป็นสมาชิกสมาคม ณกสม.อสม. แห่งประเทศไทย เท่านั้น
- 1.2 ต้องมีทะเบียนสมรส ที่มีอายุทะเบียนสมรสไม่น้อยกว่า 2 ปี นับถึงวันที่สร้างใบสมัครในระบบที่สมาคมฯ กำหนด
- 1.3 ต้องหักเงินจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) บัญชีเดียวกับที่สม./ อสส. (ผู้สมรสของผู้สมัคร) ให้สมาคม ณกส.อสม. แห่งประเทศไทย หักเงินเท่านั้น
- 1.4 สม./ อสส. แต่ละคนใช้สิทธิ์นำผู้สมรสมาสมัครได้เพียง 1 ครั้ง
- 1.5 สม./ อสส. ที่นำผู้สมรสมาสมัครต้องไม่มีเงินค้างชำระกับสมาคม ณกส.อสม. แห่งประเทศไทย
- 1.6 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
- 1.7 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- 1.8 มีสุขภาพแข็งแรง





2. กำหนดการรับสมัคร เปิดรับสมัครสมาชิกกลุ่มตู้สมรสสม. /อสส. ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2568

3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบก่อนส่งพิมพ์ใบสมัคร

3.1 เอกสารของผู้สมัครสมาชิก

3.1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร

3.1.2 ใบรับรองแพทย์ (ออกโดยสถานบริการของรัฐเท่านั้น)

3.1.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.1.4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ของ อสม./ อสส. (คู่สมรสของผู้สมัคร)

3.1.5 หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.

3.1.6 สำเนาทะเบียนสมรส





3.2 เอกสารประกอบสำหรับผู้รับเงินสงเคราะห์

3.2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

3.2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน ต้องอัปเดตรูปถ่ายสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงิน สงเคราะห์เข้าระบบ

4. ระบบการสมัคร

ให้บันทึกข้อมูลการสมัครลงในระบบออนไลน์เท่านั้น ตามขั้นตอนดังนี้



4.1 สมาชิกอสม./ อสส. ที่ต้องการสมัครสมาชิกให้กับผู้สมรส ทำการเพิ่มเพื่อนใน LINE OA ของสมาคมฯ (LINE ID : @chapa) และทำการยืนยันตัวตน ด้วยเลขบัตรประชาชน และ เลขบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ที่ให้สมาคมฯ หักเงิน

4.2 กดที่ Menu ในแชท LINE **หัวข้อ สมัครกลุ่มผู้สมรส** เพื่กรอกข้อมูลให้กับผู้สมัคร (E-Filling)

4.3 กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม และบันทึกข้อมูล

4.4 ให้ผู้สมรส เพิ่มเพื่อนใน LINE OA (LINE ID : @chapa) ของสมาคมฯ และยืนยันตัวตนด้วยเลขบัตรประชาชน และ เลขบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ของ อสม./ อสส.



- 4.5 ติดต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ หน่วยบริการที่สมาชิกออม./ อสส. สังกัดอยู่
- 4.6 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ค้นหาข้อมูลการสมัครด้วยเลขบัตรประชาชนของออม./ อสส. หรือ ของผู้สมัครสมาชิก
- 4.7 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปโหลดภาพบัตรประชาชนของผู้สมัคร และทำการยืนยันเลขบัตรประชาชนด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัตรประชาชน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
- 4.8 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปโหลดภาพสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. ที่ออม./ อสส. รับค่าป่วยการ และทำการยืนยันเลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
- 4.9 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พิมพ์หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินออกมาให้ อสม./ อสส., คู่สมรส (ผู้สมัคร) และเจ้าหน้าที่ ลงชื่อตามแบบฟอร์ม จากนั้นอัปโหลดภาพหนังสือแสดงความยินยอมที่มีลายมือชื่อครบถ้วนแล้ว เพื่อทำการยืนยันเลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคารเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ส่วนหนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินฉบับจริงให้อสม./ อสส. นำส่งกับธนาคาร ธ.ก.ส. สาขาที่เปิดบัญชี



4.10 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปโหลดภาพใบรับรองแพทย์ พร้อมเลือกสถานบริการที่ออกใบรับรองแพทย์ จากรายการสถานบริการที่มีให้เลือกเท่านั้น (หากไม่มีรายการให้เลือก ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่สมาคมฯ)

4.11 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปโหลดภาพทะเบียนสมรส พร้อมระบุวันที่จดทะเบียน เพื่อตรวจสอบว่าตรงตามเงื่อนไข

4.12 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. กดบันทึกข้อมูล พร้อมพิมพ์ใบสมัครออกมาให้อสม./ อสส. และผู้สมัครคู่สมรส ลงชื่อในใบสมัคร พร้อมกับเจ้าหน้าที่ลงชื่อเพื่อรับรอง

4.13 เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อัปโหลดภาพใบสมัครที่มีลายมือชื่อครบถ้วนแล้ว ตามข้อ 4.12 กลับเข้าสู่ระบบเพื่อยืนยันการสมัคร จากนั้นส่งเอกสารเฉพาะใบสมัครมาที่สมาคมฯ



5. เอกสารที่ต้องส่งสมาคมฯ ส่งเฉพาะใบสมัครตัวจริง

ที่ผู้สมัครสมาชิก, อสม./ อสส. และเจ้าหน้าที่ ลงชื่อแล้ว ฉบับเดียวเท่านั้น เอกสารอื่น ๆ

ไม่ต้องส่ง เพราะสมาคมฯ จะตรวจสอบจากที่อัปโหลดไว้ในระบบ

กรณีที่ระบุความเกี่ยวข้องของผู้รับเงินสงเคราะห์เป็น ข้อ 22 (6)

ผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดูให้ทำหนังสือรับรองผู้รับผลประโยชน์(ณกส.อสม.8)

แนบเข้ามากับใบสมัครด้วย ซึ่งสามารถพิมพ์แบบฟอร์มดังกล่าวได้จากหน้าระบบการสมัคร

6. ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสมบูรณ์

คู่สมรสอสม./ อสส. ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้น
กำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าไว้เป็นสมาชิก





7. การชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์

7.1 เงินค่าสมัคร คู่สมรสสม./ อสส. ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ทุกคน ต้องชำระค่าสมัคร 100 บาท โดยสมาคมฯ จะหักจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ซึ่งจะเรียกหักในเดือนที่ส่งชื่อให้กรรมการพิจารณาเพื่อรับรองการเป็นสมาชิก

7.2 ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ สมาคมฯ จะหักเงินค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ครั้งแรกเมื่อคู่สมรสสม./ อสส. ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก มีสมาชิกภาพสมบูรณ์ คือพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าไว้เป็นสมาชิก



หมายเหตุ ค่าสมัครสมาชิก 100 บาท สมาคมฯ จะหักผ่านบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส. เท่านั้น

หากผู้ใดทำการโอนเงินค่าสมัคร เข้าบัญชีสมาคมฯ หรือแบบเป็นเงินสดเข้ามา สมาคมฯ จะไม่คืนเงินและจะถือว่าเป็นเงินบริจาค

เอกสารแนบท้ายประกาศ

1. แบบฟอร์มใบสมัคร
2. แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้หักเงิน

ทั้งนี้ไม่สามารถดาวน์โหลดเอกสารออกมาเขียนหรือพิมพ์เอง เนื่องจากสมาคมฯ จะรับเฉพาะใบสมัคร และหนังสือยินยอมให้หักเงิน ที่ส่งพิมพ์จากระบบการสมัครเท่านั้น



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม ฅกส.อสม.แห่งประเทศไทย
(สำหรับคํสมรล อสม./ออส.)

ใบสมัครเลขที่

เรียน นายก สماعيل ผกส.อสม. แห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ (ใช้ที่อยู่เดียวกับ อสม.) บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

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

เป็นคู่สมรสของ อสม. ชื่อ.....สมาชิกสมาคมเลขที่.....

[illegible]

จดทะเบียนสมรสวันที่..... เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฅกส. อสม. แห่งประเทศไทย และยินยอมที่จะชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์

โดยได้รับความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตร และ สหกรณ์การเกษตร สาขา.....

ของอสม.ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ยื่นหนังสือยินยอม ที่เจ้าของบัญชี ลงนาม ยินยอมให้หักเงิน แก่ ธนาคาร ธกส. สาขาดงกลาและได้อัพโหลด

สำเนาหนังสือยินยอมให้หักเงิน ลงในระบบสมาชิกเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้มีสิทธิ รับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1. ชื่อ..... เกี่ยวข้องกับ..... ลงชื่อผู้สมัคร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] เบอร์โทรศัพท์.....

2 ชื่อ เกี่ยวข้องเป็น ลงชื่อผู้สมัคร

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] เบอร์โทรศัพท์.....

3 ชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ลงชื่อผู้สมัคร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] [] เบอร์โทรศัพท์.....

4. ชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น..... ลงชื่อผู้สมัคร.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน [] [] [] [] [] [] [] [] เบอร์โทรศัพท์.....

☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและเอกสารที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับสมาคมนี้เป็นจริงทุกประการ หากสมาคมตรวจพบภายหลังว่าไม่เป็นไปตามที่ข้าพเจ้ารับรอง ขอให้มีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก โดยที่สมาคมไม่ต้องคืนเงินที่ข้าพเจ้าได้ชำระแล้วแต่อย่างใด

☒ ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม ณ กส.อสม. แห่งประเทศไทย พ.ศ.2563 และข้อบังคับที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครสมาชิก

ตัวบรจจ(.....)

(ลงชื่อ).....

ตัวบรรจุ(.....)

เจ้าหน้าที่สมาคม

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

ตัวบรรจง(.....)

ชื่อสถานบริการ.....

เบอร์โทรเจ้าหน้าที่.....

นายกสมาคมฯ

QR code



รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2567

Annual Report 2024

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand



หนังสือแสดงความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝาก

มีขึ้น ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรสาขา.....

ตามที่ ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ได้เปิดบัญชีเงินฝากของธนาคาร

เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร บัญชีเลขที่.....

สาขา..... นั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า

เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี ตามคำสั่งให้โอนเงิน ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แห่งประเทศไทย เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 020169592873 ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินบริหารจัดการ) และค่าสงเคราะห์ศพ ค่าสงเคราะห์ศพส่วนหน้า เข้าบัญชีเลขที่

020169592255 ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินสงเคราะห์)

ของข้าพเจ้าและผู้สมรสชื่อ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ซึ่งเป็นสมาชิกสมาคมฯ ตามคำสั่งให้โอนเงิน

ของสมาคมฯ โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทำหลักฐานการถอนเงินและบอกกล่าวล่วงหน้าแต่อย่างใด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินฝากโอนเข้าบัญชีดังกล่าว พร้อมหักค่าธรรมเนียม (ถ้ามี) และในกรณีที่เงินในบัญชี

เงินฝากของข้าพเจ้ามีไม่เพียงพอต่อคำสั่งให้โอนเงินฝาก ซึ่งบัญชีเงินฝากที่รับโอน ไม่ได้รับเงินตามคำสั่งให้โอนเงินฝากทำให้คิด

เงิน利息ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย ข้าพเจ้ายอมรับว่า

ไม่ใช่วินิจฉัยของธนาคาร และจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นนั้น จากธนาคาร

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการจนกว่าข้าพเจ้าจะมีหนังสือบอกกล่าวเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อพยานคนที่ 1 (เจ้าหน้าที่ สสจ./สสอ./รพ.สต.)

(.....)

ลงชื่อพยานคนที่ 2 (ผู้สมรสของสม.)

(.....)



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand

ประกาศคณะกรรมการ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

แห่งประเทศไทยที่ 1/2568

เรื่อง การรับสมัครสมาชิก กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน





อาศัยอำนาจตามข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 9 ที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบ ส.ฌ.5 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565 และตามแบบ ส.ฌ.4 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1.4) ข้าราชการ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย ระดับจังหวัด ที่มีอายุงานไม่น้อยกว่า 2 ปี

(1.5) ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

(1.6) ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และข้อบังคับสมาคมฯ ข้อ 10 ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกต้องยื่นเอกสารหลักฐานพร้อมใบสมัครตาม (4) หลักฐานอื่นตามที่สมาคมกำหนด และอาศัยอำนาจตามมติคณะกรรมการสมาคมในการประชุมครั้งที่ 11/2567 วันที่ 21 ตุลาคม 2567



สมาคมฯ ขอประกาศการกำหนดรายละเอียดและหลักฐานอื่นในการสมัครสมาชิกสมาคมของกลุ่ม
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. คุณสมบัติผู้สมัครสมาชิกสมาคมฯ

1.1 ข้าราชการ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาค
ประชาชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ซึ่งหมายรวมถึงผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรือกลุ่มงานปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ
โรงพยาบาลชุมชน)

1.2 เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมกัปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย
ระดับจังหวัด ที่มีอายุงานไม่น้อยกว่า 2 ปี



1.3 ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าป่วยการให้อสม./ อสส. (ซึ่งหมายรวมถึงผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วย)

1.4 เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ

1.5 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ

1.6 มีสุขภาพแข็งแรง





2. กำหนดการรับสมัคร

เปิดรับสมัครสมาชิก

ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2568

3. เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร

3.1 เอกสารของผู้สมัครสมาชิก

3.1.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร

3.1.2 ใบรับรองแพทย์ (ออกโดยสถานบริการของรัฐเท่านั้น)

3.1.3 สำเนาทะเบียนบ้าน

3.1.4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.

3.1.5 หนังสือรับรองว่าเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน
(ตามแบบฟอร์ม ที่สมาคมฯกำหนด) รายละเอียดตามข้อ 4 ของประกาศฉบับนี้

3.1.6 หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคาร ธ.ก.ส.





3.2 เอกสารประกอบสำหรับผู้รับเงินสงเคราะห์

3.2.1 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

3.2.2 สำเนาทะเบียนบ้าน ต้องอัปเดตรูปถ่ายสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับเงิน
สงเคราะห์เข้าระบบ



4. ต้องมีเอกสารรับรองดังนี้

4.1 เจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องมีหนังสือรับรองจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

4.2 เจ้าหน้าที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีหนังสือรับรองจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4.3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ต้องมีหนังสือรับรองจากหัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



5. ระบบการสมัคร

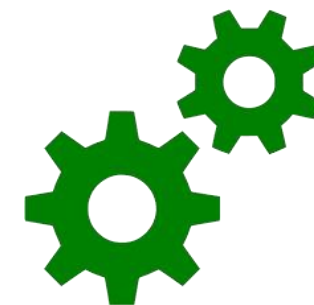
ให้บันทึกข้อมูลการสมัครลงในระบบออนไลน์ (**ระบบ Cremation Staff**) เท่านั้น ตามขั้นตอนดังนี้

5.1 คลิกเมนู สมัครสมาชิกกลุ่มเจ้าหน้าที่

5.2 กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม

5.3 อัปโหลดภาพบัตรประชาชน และทำการยืนยันเลขบัตรประชาชนด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัตรประชาชน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

5.4 อัปโหลดภาพสมุดบัญชีธนาคาร และทำการยืนยันเลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง





5.5 ส่งพิมพ์หนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินออกมาจากระบบและลงชื่อ จากนั้นอัปโหลดภาพหนังสือแสดงความยินยอมที่มีลายมือชื่อครบถ้วนแล้ว เพื่อทำการยืนยันเลขที่บัญชีด้วยรูปภาพ (OCR) โดยการลากกรอบสี่เหลี่ยมไปคลุมในส่วนเลขบัญชีธนาคาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง พร้อมกับนำส่งหนังสือแสดงความยินยอมให้หักเงินฉบับจริงให้กับทางธนาคาร ธ.ก.ส. สาขาที่เปิดบัญชี

5.6 อัปโหลดภาพใบรับรองแพทย์ พร้อมเลือกสถานบริการที่ออกใบรับรองแพทย์ จากรายการที่มีให้เท่านั้น (หากไม่มีในรายการที่ให้เลือก ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่สมาคมฯ)



5.7 กดบันทึกข้อมูล พร้อมพิมพ์ใบสมัครออกมาเพื่อลงชื่อผู้สมัคร และส่งใบสมัครที่ผู้สมัครลงชื่อแล้วให้ผู้บังคับบัญชาระดับต้น เช่น ผอ.รพ.สต. หรือสาธารณสุขอำเภอ หรือหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ สสจ.ฯ ลงชื่อรับรองในใบสมัคร ก่อนรวบรวมส่งไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหนังสือรับรอง และอัปโหลดหนังสือรับรองเข้าระบบ แล้วจัดส่งใบสมัครมาที่สมาคมฯ

5.8 ขอให้จังหวัดส่งไฟล์รายชื่อหนังสือรับรองให้สมาคมฯ ด้วย โดยสมาคมฯ จะเปิดช่องทางในระบบให้อัปโหลด ทั้งนี้หากสมาคมฯ ตรวจไม่พบรายชื่อในไฟล์หนังสือรับรองที่อัปโหลดเข้าระบบสมาคมฯ จะไม่สามารถนำผู้สมัครรายนั้นเข้าระบบได้

5.9 หนังสือรับรองสามารถใช้ร่วมกันหลายคนได้ ตามแบบฟอร์มของสมาคมฯ

5.10 ผู้สมัคร เพิ่มเพื่อนใน LINE Official ของสมาคมฯ (LINE ID : @chapa) และยืนยันตัวตนด้วยเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน และเลขที่บัญชีธนาคารที่สมัครข้างต้น



6. เอกสารที่ต้องส่งสมาคมฯ ส่งเฉพาะใบสมัครตัวจริง

ที่ผู้สมัครและผู้บังคับบัญชาระดับต้น (ตามข้อ 5.7) ลงชื่อแล้ว ฉบับเดียวเท่านั้น ส่วนเอกสารอื่นๆ ไม่
ต้องส่ง เพราะสมาคมจะตรวจสอบจากที่อัปโหลดไว้ในระบบ

กรณีที่ระบุความเกี่ยวข้องของผู้รับเงินสงเคราะห์เป็น ข้อ 22 (6) ผู้ประกอบการเลี้ยงดู หรือผู้อยู่
ในอุปการะเลี้ยงดูให้ทำหนังสือรับรองผู้รับผลประโยชน์ (ณกส.อส.8) แนบเข้ามากับใบสมัครด้วย ซึ่ง
สามารถพิมพ์แบบฟอร์มดังกล่าวได้จากหน้าระบบการสมัคร

7. ระยะเวลาการเป็นสมาชิกสมบูรณ์

เจ้าหน้าที่ผู้สมัครเป็นสมาชิก

จะมีสมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อพ้นกำหนด 180 วัน

นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าไว้เป็นสมาชิก





8. การชำระเงินค่าสมัคร ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์

8.1 เงินค่าสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ทุกคน ต้องชำระค่าสมัคร 100 บาท โดยสมาคมฯ จะหักจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ซึ่งจะเรียกหักในเดือนที่ส่งชื่อให้กรรมการพิจารณาเพื่อรับรองการเป็นสมาชิก

8.2 ค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ สมาคมฯ จะหักเงินค่าบำรุง และเงินสงเคราะห์ครั้งแรก เมื่อเจ้าหน้าที่ผู้ที่สมัครเป็นสมาชิก มีสมาชิกภาพสมบูรณ์ คือพ้นกำหนด 180 วัน นับแต่วันที่คณะกรรมการสมาคมฯ มีมติรับเข้าไว้เป็นสมาชิก



รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2567

Annual Report 2024

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคม ฉกส.อสม.แห่งประเทศไทย

ใบสมัครเลขที่

สำหรับข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พศ.)
ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพภาคประชาชนสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สังกัด กรม.
และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมฯ ระดับจังหวัด

เรียน นายกสมาคม ฉกส.อสม.แห่งประเทศไทย

วันที่เขียนใบสมัคร.....

ข้าพเจ้า.....เกิดวันที่.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เป็นเจ้าหน้าที่กลุ่ม.....

ปฏิบัติงานที่.....

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

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

มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสมาคม ฉกส. อสม. แห่งประเทศไทย และยินยอมที่จะชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์
โดยได้รับความยินยอมให้หักเงินจากบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตร และ สหกรณ์การเกษตร สาขา.....

ของอสม.ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้อ่านหนังสือยินยอมให้หักเงิน แก่ธนาคาร ธกส. สาขาดังกล่าวและได้อัปเดตสำเนาหนังสือยินยอมให้หักเงิน

ลงในระบบสมัครสมาชิกเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าขอระบุชื่อผู้มีสิทธิ รับเงินสงเคราะห์ ดังต่อไปนี้

1.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

2.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

3.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

4.ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์.....

☒ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและเอกสารที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับสมาคมนี้เป็นจริงทุกประการ หากสมาคมตรวจพบภายหลังว่าไม่เป็นไปตาม
ที่ข้าพเจ้ารับรอง ขอให้สมาคมทำให้อำนาจคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก โดยที่สมาคมไม่ต้องคืนเงินที่ข้าพเจ้าได้ชำระแล้วแต่อย่างใด

☒ ข้าพเจ้ารับทราบและจะปฏิบัติตามข้อบังคับสมาคม ฉกส.อสม. แห่งประเทศไทย พ.ศ.2563 และข้อบังคับที่แก้ไขเพิ่มเติม

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครสมาชิก
ตัวบรรจง(.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

เจ้าหน้าที่สมาคม

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
ตัวบรรจง(.....)

นายกสมาคมฯ

ชื่อสถานบริการ.....
เบอร์โทรเจ้าหน้าที่.....

QR code



หนังสือแสดงความยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ยินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝาก

เรียน ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา.....

ตามที่ ข้าพเจ้า.....ได้ เปิดบัญชีเงินฝาก
บัญชีเลขที่.....ที่ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
สาขา.....ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า
เพื่อชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี ตามคำสั่งให้โอนเงินของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย เข้าบัญชีเงินฝาก ออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ 020-169-592-873 ชื่อบัญชี
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินบริหารจัดการ)
และค่าสงเคราะห์ศพ ค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เข้าบัญชีเลขที่ 020-169-592-255 ชื่อบัญชี สมาคมฌาปนกิจ
สงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (เงินสงเคราะห์) โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้า
ทำหลักฐานการถอนเงินและบอกกล่าวล่วงหน้าแต่อย่างใด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ธนาคารหักเงินฝากโอนเข้าบัญชีดังกล่าว พร้อมทั้งค่าธรรมเนียม (ถ้ามี) และในกรณี
ที่เงินในบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้ามีไม่เพียงพอต่อคำสั่งให้โอนเงินฝาก ซึ่งบัญชีเงินฝากที่รับโอนไม่ได้รับเงิน
ตามคำสั่งให้โอนเงินฝาก ทำให้ผิดเงื่อนไขของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
แห่งประเทศไทย ข้าพเจ้ายอมรับว่าไม่มีความผิดของธนาคาร และจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นนั้น
จากธนาคาร

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการจนกว่าข้าพเจ้าจะมีหนังสือบอกกล่าวเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่น

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

()

ลงชื่อพยาน (เจ้าหน้าที่ สสจ./สสอ./รพ.สต.)

()

ลงชื่อพยาน

()



หนังสือรับรอง

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในสังกัดในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมฯ ปกป้องสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ณส.อ.ส.ม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อต่อไปนี้ เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....จริง

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด



หนังสือรับรอง

ข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัครสาธารณสุข ในสังกัดกรุงเทพมหานคร
เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ณกส.อสม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อต่อไปนี้ เป็นข้าราชการหรือพนักงานราชการ ผู้รับผิดชอบงานอาสาสมัคร
สาธารณสุข ในสังกัดกรุงเทพมหานคร จริง

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน
กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร



หนังสือรับรอง

ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลประชาชน
เพื่อใช้สมัครสมาชิกสมาคมอาสาสมัครเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (ฉกส.อสม.)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อต่อไปนี้ เป็นข้าราชการส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลประชาชน
ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปฏิบัติงานที่..... (ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

ผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลประชาชน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand

การยืนยันตัวตนใหม่ เพื่อเข้าใช้โปรแกรม Cremation Staff





สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand

แนวทางการใช้งานระบบ E- Filling เพื่อสมัครคู่มือ Register Cremation Staff



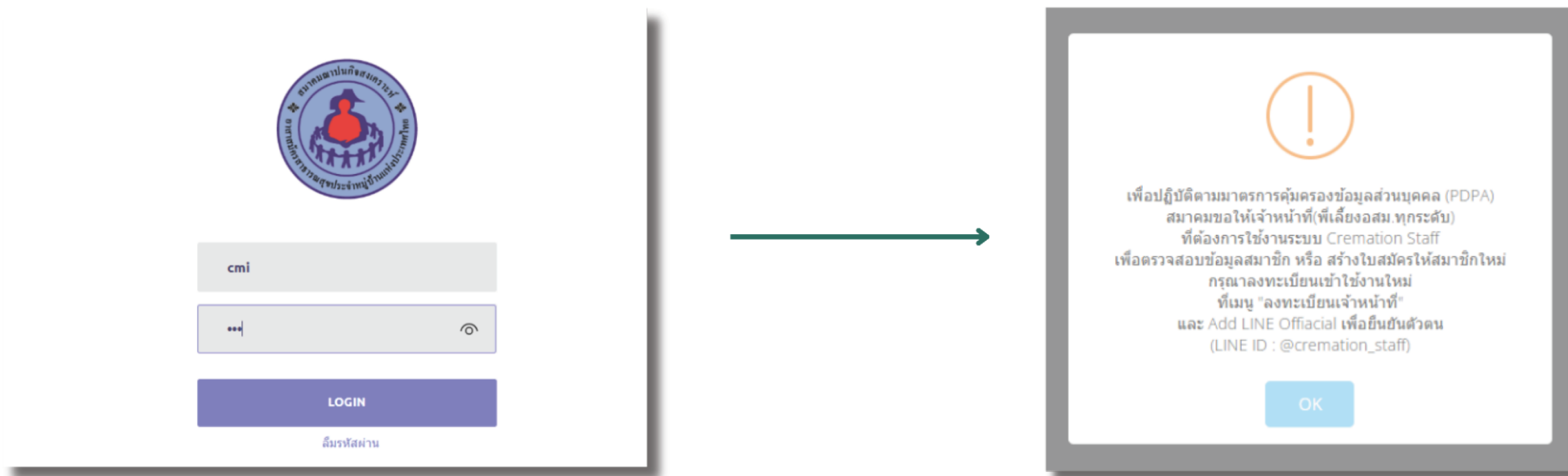
สาเหตุของการลงคะแนนใหม่



เพื่อปฏิบัติตามมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) สมาคมขอให้เจ้าหน้าที่ (พี่เลี้ยงอสม.ทุกระดับ) ที่ต้องการใช้งานระบบ Cremation Staff เพื่อตรวจสอบข้อมูลสมาชิก หรือ สร้างใบสมัครให้สมาชิกใหม่ หรือ ดำเนินงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสมาคม

สมาคมจึงขอความร่วมมือในการลงคะแนนใหม่อีกครั้งเพื่อเข้าใช้งานระบบของสมาคมต่อไป
ตามขั้นตอนต่อไปนี้

การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff



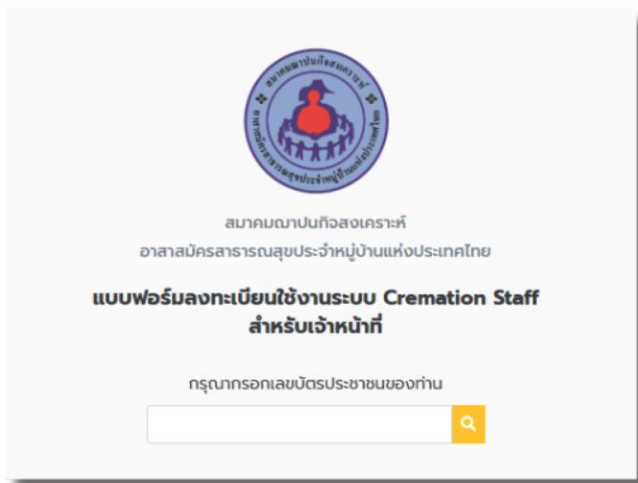
เมื่อก่อนผู้ใช้งานได้ทำการเข้าระบบ จะปรากฏข้อความดังกล่าว
เพื่อแจ้งการลงทะเบียนอีกครั้ง
(โดยใช้ username และ password เดิม)



การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff
เมื่อ login เข้ามา ให้เลือกไปที่ หัวข้อ “ลงทะเบียนเจ้าหน้าที่”



การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff

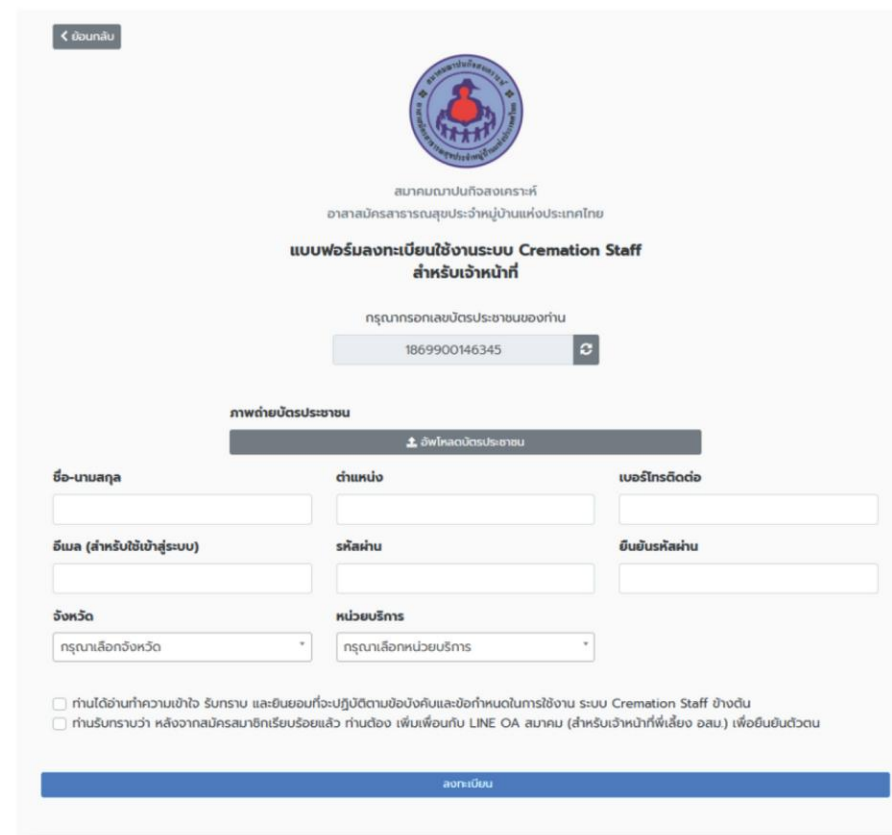


สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
อาสาสมัครฌาปนกิจศพหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

**แบบฟอร์มลงทะเบียนใช้งานระบบ Cremation Staff
สำหรับเจ้าหน้าที่**

กรณกรอกเลขบัตรประชาชนของท่าน

กรอกเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ใช้งาน
เพื่อไปสุ่มหน้า กดไป



< ย้อนกลับ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
อาสาสมัครฌาปนกิจศพหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

**แบบฟอร์มลงทะเบียนใช้งานระบบ Cremation Staff
สำหรับเจ้าหน้าที่**

กรณกรอกเลขบัตรประชาชนของท่าน

1869900146345

ภาพถ่ายบัตรประชาชน

อัปโหลดบัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

เบอร์โทรศัพท์

อีเมล (สำหรับใช้เข้าสู่ระบบ)

รหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน

จังหวัด

หน่วยบริการ

☐ ท่านได้อ่านทำความเข้าใจ รับทราบ และยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับและข้อกำหนดในการใช้งาน ระบบ Cremation Staff ย่างขึ้น

☐ ท่านรับทราบว่า หลังจากสมัครสมาชิกเรียบร้อยแล้ว ท่านต้อง เพิ่มเพื่อนกับ LINE OA สมาคม (สำหรับเจ้าหน้าที่พิเศษ อสม.) เพื่อยืนยันตัวตน

ลงทะเบียน



การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff

ภาพถ่ายบัตรประชาชน

อัปโหลดบัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

เบอร์โทรติดต่อ

อีเมล (สำหรับใช้เข้าสู่ระบบ)

รหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน

จังหวัด

หน่วยบริการ

☐ ท่านได้อ่านทำความเข้าใจ รับทราบ และยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับและข้อกำหนดในการใช้งาน ระบบ Cremation Staff ข้างต้น

☐ ท่านรับทราบว่า หลังจากสมัครสมาชิกเรียบร้อยแล้ว ท่านต้อง เพิ่มเพื่อนกับ LINE OA สมาคม (สำหรับเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยง อสม.) เพื่อยืนยันตัวตน

บัตรประชาชนที่ Upload ต้องตรงกับเลขบัตรประชาชนที่ป้อนในครั้งแรก ระบบจะทำการ OCR ให้อัตโนมัติ

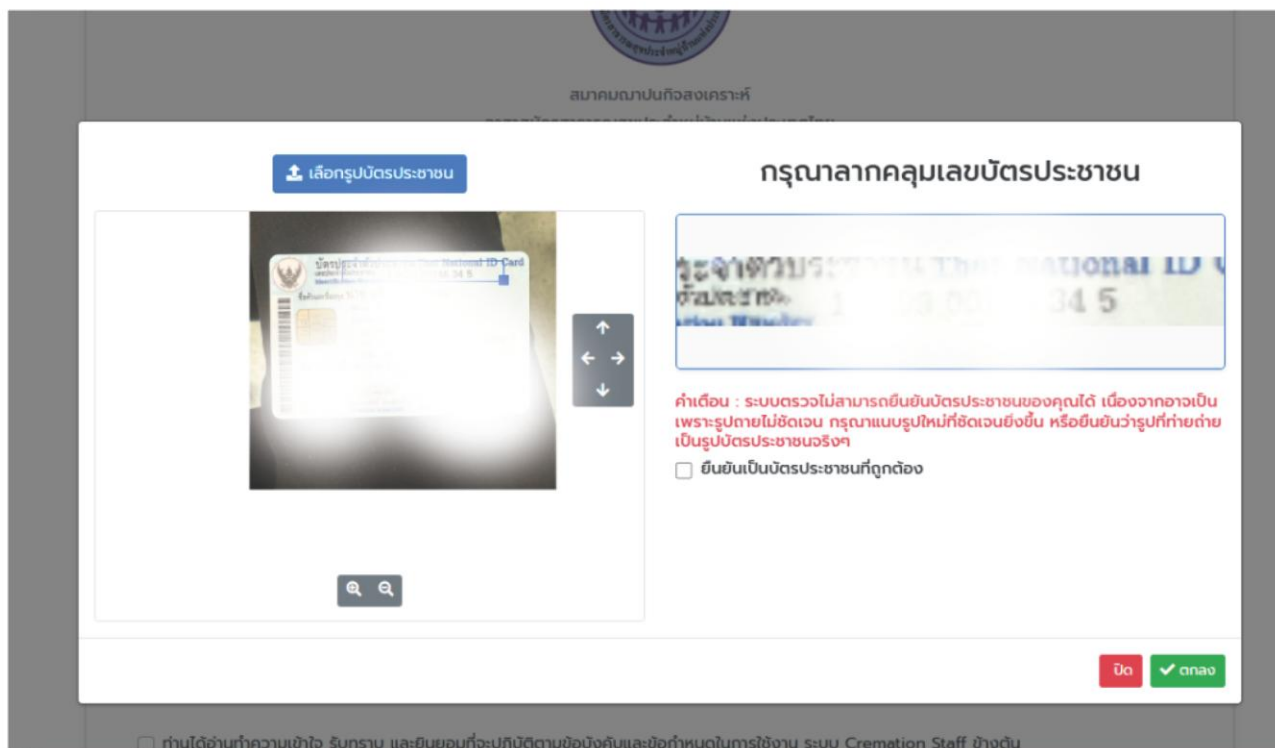
หน่วยบริการต้องตรงกับรหัส หน่วยบริการที่ Login เข้ามา *ในกรณีไม่พบหน่วยงานบริการที่ท่านสังกัด สามารถแจ้งแก่สมาคมเพื่อเพิ่มข้อมูล

ขอความร่วมมือผู้ใช้งานระบบอ่านข้อบังคับ ขอบเขตในการใช้งาน เพื่อประโยชน์ของตนเองในการใช้งาน

เพื่ออำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ สมาคมขอความร่วมมือในการ ลงทะเบียนเป็นเพื่อนกับสมาคมผ่าน LINE OA สำหรับเจ้าหน้าที่

การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff

ระบบ OCR ในการอ่านข้อมูลผ่านรูปภาพเพื่อดึงข้อมูลตัวเลข



สมาคมจาปนกิจสงเคราะห์

เลือกรูปบัตรประชาชน

กรุณาลากคลุมเลขบัตรประชาชน

คำเตือน : ระบบตรวจไม่สามารถยืนยันบัตรประชาชนของคุณได้ เนื่องจากอาจเป็น
เพราะรูปถ่ายไม่ชัดเจน กรุณาแนบรูปใหม่ที่มีชัดเจนยิ่งขึ้น หรือยืนยันว่ารูปที่ถ่ายถ่าย
เป็นรูปบัตรประชาชนจริงๆ

☐ ยืนยันเป็นบัตรประชาชนที่ถูกต้อง

ปิด ตกลง

☐ ท่านได้อ่านทำความเข้าใจ รับทราบ และยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับและข้อกำหนดในการใช้งาน ระบบ Cremation Staff ย่างต้น

ข้อแนะนำในการใช้งานคลุมตัวเลข : ให้คลุมเฉพาะตัวเลขโดยไม่มีตัวอักษรอื่นๆปรากฏ
เพื่อความเพิ่มความรวดเร็วในการดำเนินการถัดไป



การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และ กดยินยอมเพื่อปฏิบัติตามข้อกำหนดการใช้งาน

[← ย้อนกลับ](#)



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
อาสาสมัครฌาปนกิจศพประจำบ้านแห่งประเทศไทย

**แบบฟอร์มลงทะเบียนใช้งานระบบ Cremation Staff
สำหรับเจ้าหน้าที่**

กรุณกรอกเลขบัตรประชาชนของท่าน

ภาพถ่ายบัตรประชาชน  **ตรวจสอบแล้วเสร็จ**

อัปโหลดบัตรประชาชน

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์
apiphu kruawan	dev	0961545149
อีเมล (สำหรับใช้เข้าสู่ระบบ)	รหัสผ่าน	ยืนยันรหัสผ่าน
kyosrydude@gmail.com		
จังหวัด	หน่วยบริการ	
สุราษฎร์ธานี	77648 - ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองจลาตอ...	

☐ ท่านได้อ่านทำความเข้าใจ รับทราบ และยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับและข้อกำหนดในการใช้งาน ระบบ Cremation Staff อย่างถี่ถ้วน
☐ ท่านรับทราบว่า หลังจากสมัครสมาชิกเรียบร้อยแล้ว ท่านต้อง เพิ่มเพื่อนกับ LINE OA สมาคม (สำหรับเจ้าหน้าที่ฟู้ดเสียง อสม.) เพื่อยืนยันตัวตน
☐ แจ้งเจ้าหน้าที่สมาคมตรวจสอบเนื่องจากท่านบัตรประชาชนไม่ถูกต้อง

ลงทะเบียน

การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff

ขอความร่วมมือในการรับทราบข้อกำหนดเงื่อนไขในการใช้บริการระบบ

ข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการ

ข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการระบบ Cremation staff ของสมาคม อภส.อสม. แห่งประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนดให้มีมาตรการในการรักษา ความมั่นคงปลอดภัยของ ข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการสูญหาย การเข้าถึง ทำลาย ใช้ แปรแปลง แก้ไขหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่มีสิทธิหรือ โดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย โดยให้เป็นไปตามที่กำหนดในนโยบายเรื่องการรักษาความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลส่วนบุคคลดังนี้ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย จึงขอให้มีข้อตกลงให้มีการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ เมื่อผู้ขอ ใช้บริการได้รับข้อมูลจากสมาชิก สมาคม อภส.อสม. แห่งประเทศไทย ต้องไม่เปิดเผย แสดง หรือ ปรากฏแก่บุคคล ภายนอก เว้นแต่สมาชิก หรือผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

ผู้ขอใช้บริการตกลงใช้บริการระบบ Cremation staff ของสมาคม อภส.อสม. แห่งประเทศไทยตามที่ได้รับอนุมัติจาก สมาคมฯ และตามรายละเอียดการให้บริการที่สมาคมฯ กำหนด โดยผู้ขอใช้บริการตกลงผูกพันตามข้อกำหนดและ เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- คำนิยาม
 - 1.1 "สมาคม" หมายความว่า สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

ปิด

✓ รับทราบ

อ่านข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้บริการจนครบถ้วนระบบจะปรากฏ ข้อความให้
ยินยอม เพื่อดำเนินการ ต่อไป



การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff

เมื่อกดบันทึกเรียบร้อยแล้วระบบจะปรากฏหน้า ดังกล่าว ให้ผู้ใช้บริการ Scan QR code เพื่อเพิ่มเพื่อน LINE OA สมาคมซึ่งจะเป็น LINE OA เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น



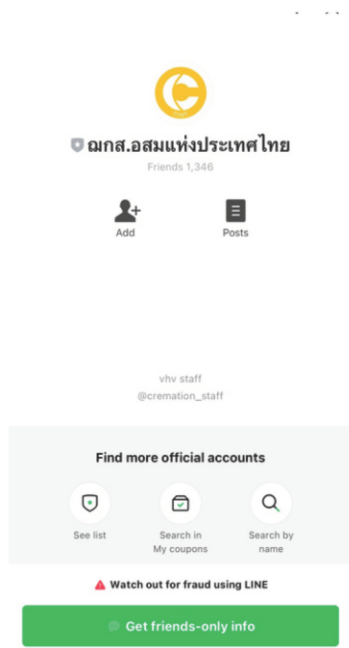
หาก Scan ไม่ได้ สามารถ กดค้นหา @cremation_staff



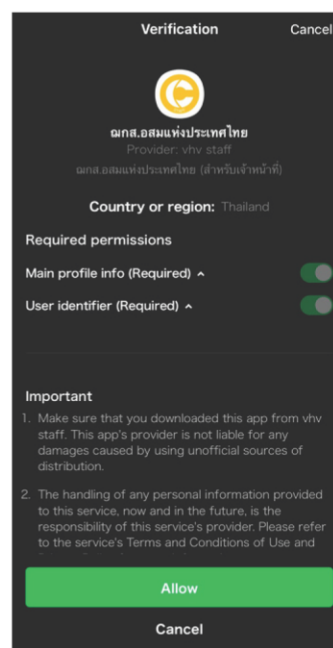
การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff วิธีการยืนยันตัวตนผ่าน LINE OA เจ้าหน้าที



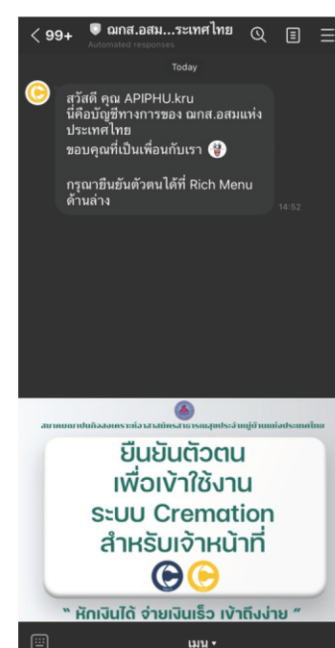
Scan QR code
เพื่อเพิ่มเพื่อน



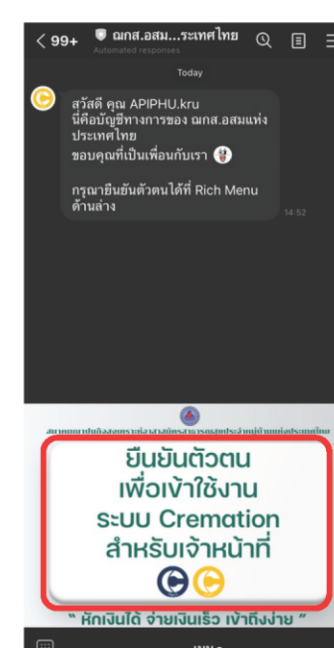
กดเพิ่มเพื่อน



ยินยอม
ในการเข้าถึง

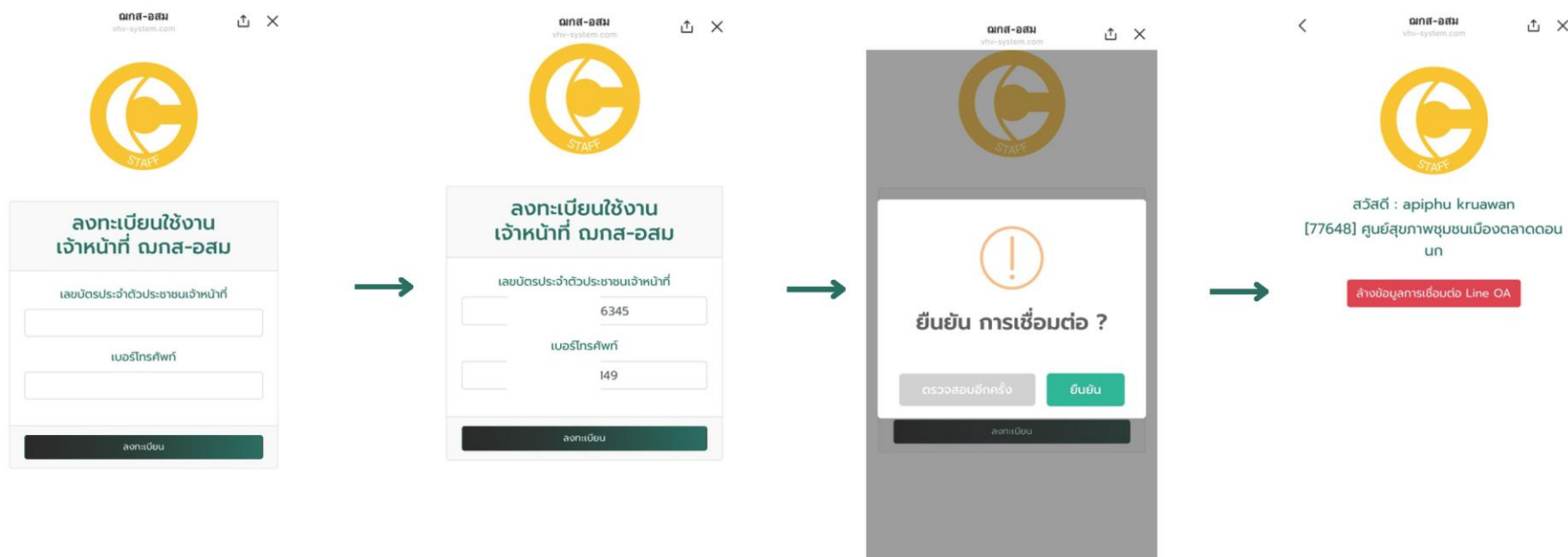


จะปรากฏ
หน้าต่อไปนี้



ให้เลือกหัวข้อ
ยืนยันตัวตน

การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff วิธีการยืนยันตัวตนผ่าน LINE OA เจ้าหน้าที่



Step 1: Registration form (ลงทะเบียนใช้งาน เจ้าหน้าที่ ฅกส-อสม)

Step 2: Confirmation form (ลงทะเบียนใช้งาน เจ้าหน้าที่ ฅกส-อสม)

Step 3: Confirmation dialog box (ยืนยัน การเชื่อมต่อ ?)

Step 4: Success message (สวัสดี : apiphu kruawan [77648] ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตลาดดอนนอก)

ให้กรอกข้อมูล
ที่ท่านลงทะเบียน

เมื่อกรอก
ครบถ้วน
ให้กดลงทะเบียน

กดยืนยัน

ลงทะเบียน
สำเร็จแล้ว



การสมัครเข้าใช้ระบบ Cremation Staff

เมื่อลงทะเบียนเสร็จสิ้นทุกขั้นตอน ให้กลับมาที่ Cremation Staff กด log out
และเข้าระบบใหม่อีกครั้งหนึ่ง เป็นอันเสร็จสิ้นการลงทะเบียน

ฌกส-อสม				
หน้าหลัก รายงานข้อมูลสมาชิก หนังสือยินยอมผู้สมัคร ใบสมัคร อสม. ใบสมัครผู้สมัคร ใบสมัครข้าราชการ หนังสือเชิญประชุมสามัญ ประจำปี 2567 !! ลงทะเบียนเจ้าหน้าที่				
ทั้งหมด	ปกติ	ตาย	ลาออก	พ้นสภาพ
22,626	21,260	429	22	915
อสม.	อสม. ปกติ	อสม. ตาย	อสม. ลาออก	อสม. พ้นสภาพ
18,825	17,764	362	20	679
ผู้สมัคร	ผู้สมัคร ปกติ	ผู้สมัคร ตาย	ผู้สมัคร ลาออก	ผู้สมัคร พ้นสภาพ
3,718	3,424	66	2	226
เจ้าหน้าที่	เจ้าหน้าที่ ปกติ	เจ้าหน้าที่ ตาย	เจ้าหน้าที่ ลาออก	เจ้าหน้าที่ พ้นสภาพ
83	72	1	0	10

จุดกำเนิดของโปรแกรม Cremation



โดยเริ่มต้นนั้น สมาคมได้รับโปรแกรมบริหารจัดการสมาชิก
CHAPA จากธนาคาร รกส. (ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร)
แต่เนื่องด้วยบริบทของสมาคมที่มีสมาชิกและข้อมูลมากกว่า 600,000 คน ในช่วงเริ่มต้น
ทำให้โปรแกรม Chapa ที่เหมาะกับการบริหารจำนวนสมาชิกไม่เกิน 10,000 คน
ทางสมาคมฯ จึงได้สร้างโปรแกรมบริหารของสมาคมขึ้นมาเอง
โดยใช้ชื่อว่าโปรแกรม Cremation และพัฒนาต่อไปเป็น Cremation Staff, Province และ Triple C ตามลำดับ

สารบัญระบบสมาคม



Cremation - ระบบดำเนินงานหลักภายในสมาคม



Cremation Triple C - ระบบดำเนินงานสำหรับศูนย์ประสานงาน

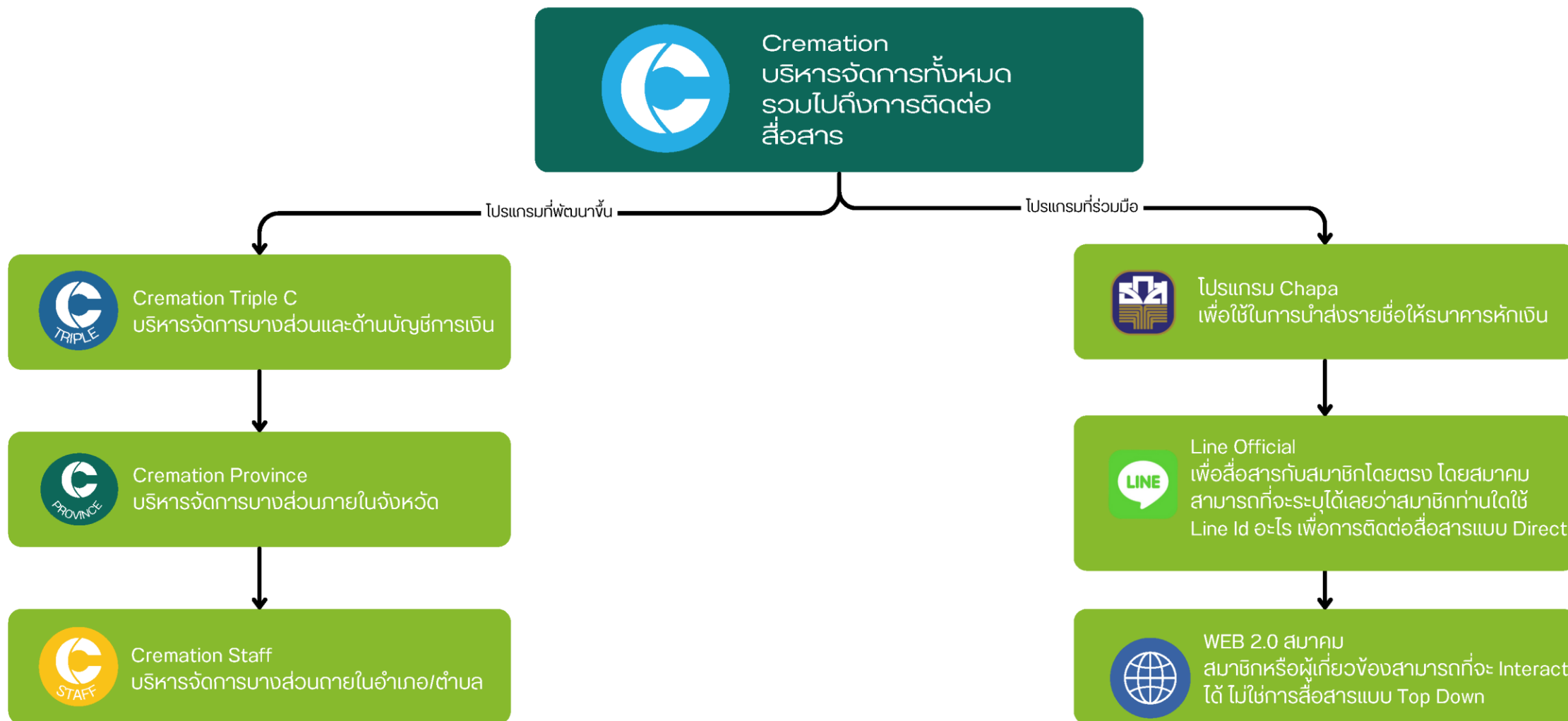


Cremation Staff Province - ระบบดำเนินงานสำหรับระดับ สสจ. .



Cremation Staff - ระบบดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่ตั้งแต่สสอ. ถึง sw.สต.

โครงสร้างการใช้งาน





สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสงเคราะห์ประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand

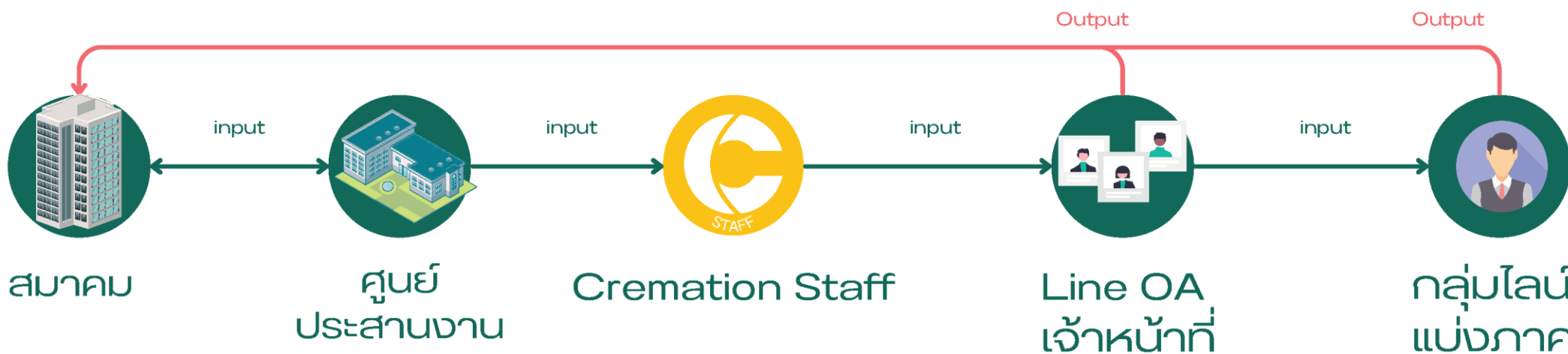
Line Official (Line OA) กลุ่มเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยง อสม. ทุกระดับ



เป้าหมาย

การเปิด LINE OA ของเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยง อสม. เพื่อสร้างช่องทางติดต่อโดยตรงจากสมาคมสู่เจ้าหน้าที่สมาคมได้ทราบถึงการติดต่อสื่อสารกับทางสมาคมที่เป็นจุดสำคัญ
โดยเบื้องต้นสมาคมได้สร้างกลุ่ม Open Chat แบ่งภาคเพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่ติดต่อสมาคมแต่ถึงอย่างไร ก็ยังไม่เพียงพอ สมาคมจะได้ริเริ่มดำเนินการสร้าง LINE OA ขึ้นมาเพิ่มอีก 1 ช่องทางเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานของสมาคม และ อำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกท่านไม่มากก็น้อย

โครงสร้างการติดต่อสื่อสาร





แนวทางการพัฒนา LINE OA เจ้าหน้าที่



ใช้งานได้เหมือน
Cremation Staff



ส่งเอกสาร
ติดตามได้โดยตรง



ติดต่อ
สื่อสารโดยตรง



สอบถามปัญหา
กับจนท.สมาคมโดยตรง



บูรณาการกับ
ศูนย์ประสานงาน



ตรวจสอบสถานะ
เอกสาร



สมุดรายชื่อ
สมาชิกในรพ.สต.
นั้นๆ



ดาวโหลดเอกสาร



สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสงเคราะห์หมู่บ้านแห่งประเทศไทย

The Village Health Volunteer Cremation Association of Thailand

การชำระยอดค้างเงินสงเคราะห์ให้สมาคมฯ ด้วย QR Code



