



ใบสมัคร/ใบต่ออายุสมาชิก
สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ/อื่นๆ ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน..... อายุ..... ปี

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... E-mail.....

ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี วุฒิกการศึกษา..... สาขา..... สถาบันการศึกษา.....

ปริญญาโท วุฒิกการศึกษา..... สาขา..... สถาบันการศึกษา.....

ปริญญาเอก วุฒิกการศึกษา..... สาขา..... สถาบันการศึกษา.....

อื่นๆ.....

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิก (โปรดตรวจสอบคุณสมบัติของสมาชิกก่อนระบุรายละเอียด)

สามัญ ตลอดชีพ (เสียค่าบำรุง 2,000 บาท) รายปี (เสียค่าบำรุง ปีละ 1,000 บาท)

วิสามัญ ตลอดชีพ (เสียค่าบำรุง 2,000 บาท) รายปี (เสียค่าบำรุง ปีละ 1,000 บาท)

สถาบัน รายปี (เสียค่าบำรุงเป็นรายปี ๆ ละ 3,000 บาท)

นักศึกษา รายปี (เสียค่าบำรุงเป็นรายปี ๆ ละ 100 บาท)

โดยข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาพร้อมกับใบสมัครนี้เพื่อประกอบการพิจารณา จำนวน..... ฉบับ (ไม่รวมใบสมัคร)

สำเนาบัตรประชาชน

สำเนาปริญญาบัตรหรือสำเนาแสดงผลการเรียน

สำเนาหลักฐานสถานภาพการเป็นนักศึกษา (เฉพาะการสมัครประเภทนักศึกษา)

สำเนาหลักฐานการชำระเงิน (ชำระด้วยตนเองที่ ส.อ.ป. หรือ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์

สาขา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เลขที่บัญชี 254-210598-6 ชื่อบัญชี "สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน"

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้หากตรวจสอบภายหลังพบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือเป็นผู้มีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่ ส.อ.ป. กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้ ส.อ.ป. ตัดสิทธิ์การเป็นสมาชิกโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม ผู้สมัคร ที่ทำงาน อื่นๆ ระบุ

เลขที่ หมู่ที่ ต.รอก/ชอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

- หมายเหตุ
1. กรุณาส่งใบสมัคร พร้อมหลักฐานการรับสมัครมาที่ สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน 420/1 อาคาร 2 ชั้น 6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 087-7145030 หรือ E-mail: ohswa.111@gmail.com
 2. เมื่อส่งใบสมัคร พร้อมหลักฐานการรับสมัครมาแล้วกรุณาโทรติดต่อเจ้าหน้าที่สมาคม เพื่อยืนยันการสมัคร
 3. สามารถสมัครออนไลน์ได้ที่ www.ohswa.or.th

สำหรับเจ้าหน้าที่

รับเป็นสมาชิกโดยที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ครั้งที่ วัน เดือน ปี

ประเภทสมาชิก หมายเลขประจำตัวสมาชิก

วันที่เข้าเป็นสมาชิก วันที่พ้นจากสมาชิกภาพ

เหตุผลที่พ้นจากสมาชิกภาพ

ลงชื่อ นายทะเบียน

(.....)

วันที่

ลงชื่อ เลขธิการ

(.....)

วันที่

คุณสมบัติของสมาชิกสมาคม

1. สมาชิกสามัญ

ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย หรือปริญญาโท หรือปริญญาเอกสาขา สาธารณสุขศาสตร์อุตสาหกรรม สาขาความปลอดภัย การยศาสตร์ หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. สมาชิกวิสามัญ

- ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำสถานประกอบการ
- นิสิตนักศึกษาในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ที่สนใจงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

3. สมาชิกสถาบัน

นิติบุคคล หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน หรือสนใจเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

4. สิทธิของสมาชิก

- 4.1 มีสิทธิเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการของสมาคมต่อคณะกรรมการบริหาร
- 4.2 มีสิทธิเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่สมาคมจัดขึ้น โดยเสียค่าใช้จ่ายในอัตราพิเศษ และสำหรับสมาชิกสถาบัน สามารถส่งบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมในอัตราสมาชิกได้ 3 ท่าน
- 4.3 มีสิทธิได้รับเอกสาร หรือสิ่งตีพิมพ์จากสมาคม
- 4.4 มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่ของสมาคม
- 4.5 ได้รับวารสาร “ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม” รูปแบบออนไลน์ปีละ 2 เล่ม และค้นคว้าและดาวน์โหลดข้อมูลต่าง ๆ จากเว็บไซต์ของสมาคมได้
- 4.6 **สมาชิกสามัญเท่านั้น** ที่มีสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง และมีสิทธิเป็นกรรมการบริหารของสมาคม

5. หน้าที่ของสมาชิก

- 5.1 ต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ และข้อบังคับของสมาคมโดยเคร่งครัด
- 5.3 ประพฤติตนให้สมเกียรติที่เป็นสมาชิกของสมาคม
- 5.4 ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการต่าง ๆ ของสมาคม
- 5.4 ช่วยเผยแพร่ชื่อเสียงเกียรติคุณของสมาคมให้แพร่หลาย
- 5.5 แจ้งให้นายทะเบียนสมาคมทราบเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อมีการย้ายที่อยู่หรือที่ทำงานหรือเปลี่ยนชื่อและนามสกุล

6. สมาชิกภาพของสมาชิกสิ้นสุดลงเมื่อ

ตาย ลาออก ประพฤติตนเป็นที่น่ารังเกียจ หรือนำความเสื่อมเสียมาสู่ชื่อเสียงของสมาคมอย่างร้ายแรง และขาดการชำระเงินค่าบำรุงติดต่อกันเป็นเวลานาน