ธนาคารออมสิน รัฐบาลเป็นประกัน

ชส.1

คำเตือน

ผู้ฝากต้องตอบคำถามในคำขอเปิดบัญชีฝากเงินนี้ ตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้ธนาคารออมสินปฏิเสธการจ่ายเงินสงเคราะห์ตามสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

คำขอเปิดบัญชีฝากเงิน
ประเภทสงเคราะห์ชีวิตและครอบครัว
ชนิดต้องแถลงสุขภาพ

กรมธรรม์เลขที่ ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐

แบบ _____

วันที่ขอเปิดบัญชี _____/_____/_____

ชส.3 เลขที่ _____

สาขาเปิดบัญชี _____

สาขาส่งเงินฝากงวดต่อไป _____

พนักงานผู้หาผู้ฝาก _____ รหัส ☐☐-☐☐☐☐-☐

สังกัดสาขา _____

หัวหน้าหน่วย _____ รหัส ☐☐-☐☐☐☐-☐

1. ข้อมูลของผู้ขอเปิดบัญชีฝากเงิน

1.1 คำนำหน้าชื่อ_____ 1.2 ชื่อ_____ 1.3 นามสกุล_____

1.4 ชื่อและนามสกุลเดิม (ถ้ามี)_____

1.5 อายุ_____ปี 1.6 วันเดือนปีเกิด (ตามทะเบียนบ้าน)_____/_____/_____ 1.7 เพศ ○ ชาย ○ หญิง

○ เลขหมายประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

○ ในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว หนังสือเดินทางเลขที่_____ ประเทศที่ถือสัญชาติ_____ วันหมดอายุ_____/_____/_____

1.8 สถานภาพ ○ โสด ○ สมรส ○ หย่า ○ หม้าย 1.9 ชื่อและนามสกุลของสามี/ภรรยา (ปัจจุบัน)_____

2. 2.1 **ที่อยู่ปัจจุบัน (ตามที่อยู่จริง)** เลขที่_____ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด_____ชั้น_____หมู่ที่_____ซอย_____ถนน_____

แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์บ้าน_____โทรสาร_____โทรศัพท์มือถือ_____E-mail address_____

2.2 **ชื่อสถานที่ทำงาน**_____เลขที่_____ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด_____ชั้น_____หมู่ที่_____ซอย_____

ถนน_____แขวง/ตำบล_____เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____รหัสไปรษณีย์_____

โทรศัพท์สำนักงาน_____โทรสาร_____โทรศัพท์มือถือ_____E-mail address_____

2.3 **ประสงค์จะให้ธนาคารติดต่อที่** ○ ที่อยู่ปัจจุบัน ○ สถานที่ทำงาน

2.4 อาชีพประจำ_____ลักษณะงานที่ทำ_____ลักษณะธุรกิจ_____รายได้ต่อปี_____บาท

อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี)_____ลักษณะงานที่ทำ_____ลักษณะธุรกิจ_____รายได้ต่อปี_____บาท

2.5 อาชีพประเภท ○ ประเภท 1 (ไม่เสี่ยง) ○ ประเภท 2 (เสี่ยง)

3. ระยะเวลาขอรับเงินสงเคราะห์_____ปี ระยะเวลาส่งเงินฝาก_____ปี

วิธีการส่งเงินฝาก ○ รายปี ○ รายหกเดือน ○ รายสามเดือน ○ รายเดือน

4. จำนวนเงินสงเคราะห์ชีวิต_____บาท (_____) เงินฝากงวดละ_____บาท

จำนวนเงินสงเคราะห์อุบัติเหตุ_____บาท (_____) เงินค่าคุ้มครองอุบัติเหตุงวดละ_____บาท

รวมงวดละ_____บาท

5. ท่านส่งเงินฝากจาก ○ รายได้ของตนเอง ○ รายได้ของบุคคลอื่น (โปรดระบุชื่อและนามสกุล)_____

มีความเกี่ยวข้องเป็นอะไรกับท่าน_____ อาชีพ_____ รายได้รวมประมาณปีละ_____บาท

6. ท่านเคยทำหรือกำลังขอทำประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพไว้กับบริษัทอื่น หรือท่านเคยฝากหรือกำลังขอเปิดบัญชีฝากเงินประเภทสงเคราะห์ชีวิตและครอบครัวกับธนาคารออมสินหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด

บริษัทประกันภัยหรือแบบเงินฝากสงเคราะห์ชีวิตฯ	จำนวนเงินเอาประกันภัยหรือวงเงินสงเคราะห์	เลขที่กรมธรรม์	ขณะนี้มีผลบังคับหรือไม่
1)			○ ไม่มี ○ มี
2)			○ ไม่มี ○ มี
3)			○ ไม่มี ○ มี
4)			○ ไม่มี ○ มี

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอทำประกันชีวิต /การฝากเงินสงเคราะห์ชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือเคยถูกเพิ่มอัตราเบี้ยประกันชีวิตหรือไม่

○ ไม่เคย ○ เคย โปรดระบุชื่อบริษัท/แบบเงินฝากสงเคราะห์ชีวิตฯ_____สาเหตุ_____

8. ชื่อและนามสกุลของผู้รับประโยชน์ (ถ้าไม่ระบุวิธีการแบ่งเงินสงเคราะห์ ธนาคารจะจ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับประโยชน์ทุกคนเท่าๆ กัน)
กรณีฝากแบบออมสินคู่ขวัญให้กรอกรายละเอียดเพิ่มเติมใน ชส.1ง แทน

คำนำหน้าชื่อ	ชื่อ	นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของเงินสงเคราะห์
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

กรณีผู้รับประโยชน์มิใช่บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรของผู้ฝาก โปรดแจ้งเหตุผล หรือแนบเอกสารแสดงความเกี่ยวข้องประกอบด้วย _____

9. ท่านเป็นหรือเคยเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรค หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วย เป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ กรุณาตอบทุกข้อตามความเป็นจริง	ไม่เคย	เคย	ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อโรค โรงพยาบาล/สถานพยาบาล เช่น สถานีอนามัย คลินิก ฯลฯ ผลการตรวจ/รักษา อาการปัจจุบัน และวันเดือนปี)
9.1 ต้อหิน ต้อกระจก โรคจอประสาทตา หูหนวก หูน้ำหนวกเรื้อรัง แก้วหูทะลุ ไซนัส เลือดกำเดาออกบ่อยๆ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก	○	○	
9.2 วิงเวียนศีรษะบ่อยๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) แขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคพาร์กินสัน มีอาการชักเกร็งจากสาเหตุต่างๆ โรคทางสมองหรือระบบประสาท	○	○	
9.3 โรคจิต โรคประสาท วิกลจริต โรคความจำเสื่อม โรคซึมเศร้า ดาวน์ซินโดรม	○	○	
9.4 บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบ โรคภูมิแพ้ที่มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	○	○	
9.5 อาการเจ็บหน้าอก หัวใจโต ลิ้นหัวใจรั่ว โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง พรายย้ำ โรคเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอื่นๆที่เกี่ยวกับหลอดเลือด หรือหลอดน้ำเหลือง	○	○	
9.6 อาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร ไส้เลื่อน ริดสีดวงทวาร ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส เป็นพาหะของโรคตับอักเสบ โรคตับอ่อนอักเสบ โรคดีซ่าน ม้ามโต โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับตับทางเดินน้ำดี ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้	○	○	
9.7 ปัสสาวะมีเลือดปน โรคไต นิ่ว กามโรค โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	○	○	
9.8 โรคเบาหวาน คอพอก ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โรคต่อมน้ำเหลืองโต โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ	○	○	
9.9 โรคมะเร็ง เนื้องอก ถุงน้ำ ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ (โปรดแจ้งผลการตรวจชิ้นเนื้อ)	○	○	
9.10 ไข้เรื้อรัง ไข้รูมาติค โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE) โรคพร่องเอนไซม์ G-6-PD โรคหนังแข็ง ข้ออักเสบ โรคเกาต์ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ	○	○	
9.11 มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือไม่ (ถ้ามีส่วนใดของร่างกาย)	○	○	

10. ท่านเคยมีประวัติการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลใดบ้าง (โปรดระบุชื่อโรค อาการของโรค ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล และที่ตั้ง)
_____

11. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด
ชื่อสถานพยาบาล_____ ผลการตรวจ_____ วันเดือนปีที่ตรวจ_____

12. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล เนื่องจากการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด ที่มิได้ระบุไว้ในข้อ 9 และข้อ 11 หรือไม่
○ ไม่เคย ○ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด อาการ/โรค_____ ชื่อสถานพยาบาล_____
ผลการตรวจ/รักษา_____ วันเดือนปีที่ตรวจ/รักษา_____

13. ท่านเคยได้รับการตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด
ชื่อสถานพยาบาล_____ ผลการตรวจ_____ วันเดือนปีที่ตรวจ_____

14. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำในการรักษา หรือมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโตเหงื่อออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดสังเกต โรคผิวหนังเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ เป็นระยะเวลาเกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่
○ ไม่เคย ○ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด_____

15. 15.1 ปัจจุบันท่านมีส่วนสูง_____ซม. น้ำหนัก_____กก. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวท่านเปลี่ยนแปลงเกินกว่า 3 กก.หรือไม่

○ ไม่เปลี่ยนแปลง

○ เปลี่ยนแปลง ○ เพิ่ม ○ ลด_____กก. โปรดแจ้งสาเหตุ_____

15.2 ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

○ ไม่สูบ/ไม่เคย ○ สูบ/เคยสูบ ปริมาณ_____มวน/วัน สูบมานาน_____ปี

○ เลิกสูบ เมื่อ_____ สาเหตุของการเลิกสูบ_____

15.3 ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด_____

ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

○ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ○ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด_____ ปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง_____ ความถี่_____ ดื่มมานาน_____ปี

○ เลิกดื่มเมื่อ_____ สาเหตุของการเลิกดื่ม_____

15.4 ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย

ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

○ ไม่เสพ/ไม่เคย ○ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด_____ ปริมาณ_____ ความถี่_____ เสพมานาน_____ปี

○ เลิกเสพเมื่อ_____

---

16. บิดา มารดา สามี ภรรยาหรือพี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่านมีใครเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัสโรคเอดส์ โรคมะเร็ง วัณโรค โรคไต โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส โรคเชื้อราในสมอง โรคปอดอักเสบ หรือเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว หรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีอาการป่วยทางจิต หรือไม่ ○ ไม่มี ○ มี โปรดแจ้งรายละเอียด

บุคคลที่เป็น_____ ○ ป่วย ○ เสียชีวิต โรค_____ เข้ารับการรักษาที่_____ อายุที่เริ่มเป็น_____

---

17. เฉพาะสตรี ขณะนี้ท่านอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่ ○ ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ ○ อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ ประมาณ_____เดือน

ท่านเคยมีโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอด หรือเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย

โปรดแจ้งรายละเอียด_____

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ ไม่ว่าข้าพเจ้าจะเป็นผู้กรอกข้อความเอง หรือให้ผู้อื่นกรอกข้อความตามคำบอกของข้าพเจ้าก็ตามและยินยอมรับว่าเป็นมูลฐานและสาระสำคัญที่ทำให้ธนาคารเชื่อถือยินยอมทำสัญญากับข้าพเจ้า หากถ้อยแถลงที่ให้ไว้ไม่ตรงต่อความเป็นจริงในข้อหนึ่งข้อใดหรือทั้งหมด ข้าพเจ้าขอยอมรับว่าสัญญาหรือกรมธรรม์การฝากเงินของข้าพเจ้าตกเป็นโมฆียะทั้งหมดทันที ข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารยังไม่มีข้อผูกพันใดๆ กับข้าพเจ้าจนกว่าธนาคารได้ออกกรมธรรม์การฝากเงินให้แล้ว และขอรับรองว่าข้าพเจ้าเข้าใจและจะปฏิบัติตามวิธีการและเงื่อนไขการฝากเงินประเภทนี้ทุกประการ

ภายหลังจากยื่นคำขอเปิดบัญชี หากถ้อยแถลงข้างต้นไม่ถูกต้อง มีการเปลี่ยนแปลง มีข้อความจริงเพิ่มเติม และหรือหากธนาคารต้องการเอกสารเพิ่มเติมใดๆ ข้าพเจ้าจะต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ และหรือจัดหาเอกสารเพิ่มเติมทุกกรณีจนกว่าธนาคารได้ออกกรมธรรม์การฝากเงินให้แล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยหรือองค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวของข้าพเจ้า หรือเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยรายละเอียดต่างๆ หรือประวัติสุขภาพหรือโรคต่างๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ธนาคารออมสินหรือผู้แทนหรือตัวแทนของธนาคารได้ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

เขียนที่_____วันที่_____เดือน_____พ.ศ._____

หากท่านยกเลิกกรมธรรม์การฝากเงินก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามมูลค่าเงินสดของกรมธรรม์การฝากเงินตามอัตราที่ธนาคารกำหนด ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินสงเคราะห์ชีวิตที่กำหนดไว้ ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาการฝากเงิน

ลงลายมือชื่อ_____ ลงลายมือชื่อ_____

(_____) (_____)

ผู้ขอเปิดบัญชี ผู้แทนโดยชอบธรรม

กรณีที่มีการแก้ไข ขูดลบ ผู้ฝากต้องลงลายมือชื่อกำกับด้วย

(กรณีผู้ขอเปิดบัญชียังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายมือชื่อให้ความยินยอมไว้ด้วย)

ลงลายมือชื่อ_____ ลงลายมือชื่อ_____

(_____) (_____)

พยาน (ผู้หาผู้ฝาก) หัวหน้าหน่วย

รายละเอียดเอกสารประกอบคำขอเปิดบัญชีฝากเงินสงเคราะห์ชีวิตและครอบครัว (ชส.1, ชส.ง (ถ้ามี))

<table>
<tr><th colspan="4">จำนวนเงินสงเคราะห์ชีวิต (รวมทุกคำขอเปิดบัญชีและทุกกรมธรรม์)</th></tr>
<tr><td>5,000 – 500,000 บาท</td><td>501,000 – 1,000,000 บาท</td><td>1,001,000 – 4,000,000 บาท</td><td>4,001,000 – 10,000,000 บาท</td></tr>
<tr><td>● สำเนาของบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้หรือหนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว</td><td>● สำเนาของบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้หรือหนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว</td><td>● สำเนาของบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้หรือหนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว</td><td>● สำเนาของบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวอื่นที่ทางราชการออกให้หรือหนังสือเดินทางในกรณีเป็นคนต่างด้าว</td></tr>
<tr><td></td><td>● รายงานการตรวจสุขภาพ (ชส.1ก)</td><td>● รายงานการตรวจสุขภาพ (ชส.1ก)</td><td>● รายงานการตรวจสุขภาพ (ชส.1ก)</td></tr>
<tr><td></td><td>● ฟิล์มเอกซเรย์ปอดและทรวงอก/CD</td><td>● ฟิล์มเอกซเรย์ปอดและทรวงอก/CD</td><td>● ฟิล์มเอกซเรย์ปอดและทรวงอก/CD</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>● กราฟบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)</td><td>● กราฟบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>● ผลตรวจเลือดหา Anti HIV</td><td>● ผลตรวจเลือดหา Anti HIV</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>● BANK STATEMENTS ย้อนหลัง 6 เดือน</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>กรณีผู้ฝากอายุ 50 – 60 ปี ตรวจเลือดหาสารบ่งชี้ความเป็นมะเร็ง</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>ชาย: ● ตับ ● ช่องท้อง ● ลำไส้ ● ต่อมลูกหมาก
หญิง: ● ตับ ● ช่องท้อง ● ลำไส้ ● เต้านม ● มดลูก ● รังไข่</td></tr>
</table>

(ธนาคาร ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกตรวจสุขภาพเพิ่มเติมเพื่อการรับฝาก)

บันทึกการพิจารณาโดยแพทย์ธนาคารออมสิน

เอกสารประกอบการพิจารณา

○ ชส.1ก ○ ฟิล์มเอกซเรย์ปอด/CD ○ ผลการตรวจ HIV ○ กราฟคลื่นหัวใจ

○ อื่นๆ _____

ครั้งที่ 1 ได้พิจารณาสุขภาพของผู้ฝากรายนี้แล้ว มีความเห็นว่า

○ ขอทราบรายละเอียดสุขภาพเพิ่มเติม เกี่ยวกับ_____

○ สุขภาพไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก_____

○ สุขภาพสมบูรณ์ดี

_____ แพทย์ผู้พิจารณา

_____/_____/_____

ครั้งที่ 2 จากรายงานสุขภาพเพิ่มเติม มีความเห็นว่า_____

○ สุขภาพไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก_____

○ สุขภาพสมบูรณ์ดี

_____ แพทย์ผู้พิจารณา

_____/_____/_____

ครั้งที่ 1 ได้พิจารณาแล้ว เห็นสมควรรับฝากได้

_____

ผู้พิจารณารับฝาก

วันที่พิจารณา_____/_____/_____

ครั้งที่ 2 อนุมัติให้รับฝาก

_____

ผู้อนุมัติ

วันที่อนุมัติ_____/_____/_____