

โปรดเขียนตัวจริงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
7. แบบรายงานสุขภาพตนเอง



สมัคร ส.ส.ค.

- ปกติ
- กรณีพิเศษ

ใบสมัครสมาชิกประเภท ค (บิดา, มารดา)

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด (ส.ส.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้อมูลสมาชิก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
 เลขที่ประจำตัวประชาชน --- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เพศ ชาย หญิง สถานภาพ โสด สมรสคู่สมรสชื่อ..... หย่า หรือหม้าย

2. สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

3. สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....
 อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

4. เป็น () บิดา () มารดา ของ นาย/นาง/นางสาว.....
 เลขทะเบียนสมาคมฯ.....สังกัด/โรงเรียน.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....

5. การชำระเงิน

(5.1) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก 750 บาท (ค่าสมัคร 100 บาท, ค่าบำรุง 50 บาท, เงินล่วงหน้า 600 บาท)

(5.2) การชำระเงินสงเคราะห์ดังนี้

- หักผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย หักผ่านใบเสร็จสหกรณ์ฯ นาย/นาง/น.ส.....
 โอนผ่านบัญชีธนาคาร ชำระด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าฯ ได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด แล้วมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ทะเบียน

ตรวจสอบแล้วรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ส.ส.ค. รวมทั้งได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร และชำระเงินค่าสมัคร เงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าครบถ้วน ตามข้อบังคับ ระเบียบ และประกาศ ส.ส.ค. เรื่องรับสมัครสมาชิก ส.ส.ค. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(นายสุราชนันท์ สุราช)

เจ้าหน้าที่ทะเบียนสมาคมฯ

สำหรับนายทะเบียนสมาคมฯ

เรียน นายกสมาคมฯ ปณกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด

ตรวจสอบแล้วรับรองว่า สมาชิกมีคุณสมบัติครบถูกต้อง

เห็นควรรับเป็นสมาชิก ส.ส.ค.

ไม่ควรรับเป็นสมาชิก ส.ส.ค. เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(นายอัมรินทร์ บุญเจียม)

นายทะเบียนสมาคมฯ

สำหรับเลขานุการสมาคมฯ

ตรวจสอบแล้วรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก ส.ส.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ถูกต้องตามที่สมาคมแจ้งให้ทราบแล้ว

ลงชื่อ.....

(นายประคองศักดิ์ โอบุธงาม)

เลขานุการสมาคมฯ

สำหรับคณะกรรมการ ส.ส.ค.

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ส.ส.ค. ตั้งแต่วันที่.....
(คราวประชุมเมื่อวันที่.....)

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

อุปนายกสมาคมฯ

นายกสมาคมฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 สมาชิกสมาคม.....เลขที่สมาชิกสมาคมฯ.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ได้ทำการสมัครสมาชิก ส.ส.ค. รอบสมัครเดือน.....
 และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....
 ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฟัน โรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวาย (ล้างไต)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
8. โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
9. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมฉนวนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุรินทร์ จำกัด (ส.ส.ค.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับ โรคถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกเป็นโมฆะ ให้สมาคม ส.ส.ค. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกได้ทันที และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์หรือใช้สิทธิ์ใดๆ และขอสละสิทธิ์ในการที่จะรับเงินสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสงเคราะห์หรือเงินอื่นใดจากสมาคม ส.ส.ค. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามประกาศสมาคมทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าโดยมอบให้สมาคม ส.ส.ค. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสมาชิก สมาคม ส.ส.ค

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่/กรรมการสมาคม ส.ส.ค.)

(.....)