



สำหรับเจ้าหน้าที่ ส.ส.ป.ท.
เลขประจำตัวสมาชิก.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมปลานักสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... เลขประจำตัวประชาชน - - - -

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี สัญชาติ.....

ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

..... โทรศัพท์..... อาชีพ.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ชื่อคู่สมรส..... ขอสมัคร

เข้าเป็นสมาชิกสมาคมปลานักสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย และขอแจ้งความประสงค์ต่อสมาคม ดังนี้

1. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบสิทธิการรับเงินค่าจัดการศพให้แก่.....

ที่อยู่.....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

2. หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

2.1 ที่อยู่.....

.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

2.2 ที่อยู่.....

.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

2.3 ที่อยู่.....

.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

2.4 ที่อยู่.....

.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

3. หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมลง ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้สมาคมหักเงินสงเคราะห์ เพื่อชดใช้หนี้ของข้าพเจ้าทั้งในฐานะผู้กู้, ผู้ค้ำประกัน ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ก่อนจ่ายส่วนที่เหลือให้บุคคลที่ข้าพเจ้าระบุในข้อ 2. ได้

4. การหักเก็บเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินบำรุงรายปีของข้าพเจ้า ให้สมาคมเรียกเก็บจาก นาย/นาง/นางสาว
.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียนที่.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ข้อบังคับของสมาคมปลานักสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ส.ส.ป.ท. โดยยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

(.....)

หนังสือยินยอมให้หักเงินเดือน

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....

สถานที่ทำงาน.....

ได้รับเงินเดือน.....บาท ได้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์
แห่งประเทศไทย ให้แก่ ☐ ตนเอง ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา โดยยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัด/หน่วยงาน
เจ้าสังกัดหักเงินเดือน เพื่อชำระเงินบำรุง เงินสงเคราะห์ ทั้งนี้ โดยไม่ต้องบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้าและ
ในกรณีที่ข้าพเจ้าย้ายหน่วยงาน ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัด/หน่วยงานเจ้าสังกัดใหม่หักเงินเดือนข้าพเจ้า
สังกัดใหม่ เพื่อชำระเงินบำรุง เงินสงเคราะห์ตลอดไปจนกว่าจะสิ้นสุดสมาชิกภาพสมาคมตามข้อบังคับ ข้อ 14

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

1. ผู้บังคับบัญชาหมายถึง ผอ.สพป.เขต, ผอ.สพม.เขต, ผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจจ่ายเงินเดือน เงินบำเหน็จบำนาญหรือผู้ได้รับ
มอบหมาย ในกรณีที่ เป็นสมาชิกสมทบของสหกรณ์ให้นายกสมาคม ส.ส.ป.ท. เป็นผู้ลงนาม

2. ผู้ให้ความยินยอม หมายถึง สมาชิกของสหกรณ์นั้นๆ ซึ่งเป็นผู้จ่ายเงินค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้าและค่าบำรุงรายปี

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์
ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินบำรุง
และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทยแล้ว

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ ส.ส.ป.ท.

ตำแหน่ง.....

ผู้รับสมัคร (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ถ้า

☐ อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก ส.ส.ป.ท. ในคราวประชุมครั้งที่...../..... เมื่อวันที่.....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

เอกสารประกอบการสมัคร

1. ใบสมัคร
2. หนังสือรับรอง (ตามแบบ ส.ส.ป.ท.)
3. ใบรับรองแพทย์ (ตามแบบ ส.ส.ป.ท.)
4. สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประจำตัว
5. สำเนาทะเบียนสมรส/สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง อุปนายกสมาคม/เลขานุการ



หนังสือรับรอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

เป็นสมาชิกสมาคม และ/หรือ สหกรณ์เลขทะเบียน.....

ในปัจจุบันจริง

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ / นายกสมาคมอนามัยสาธารณสุขแห่งประเทศไทย/ผู้บังคับบัญชา

คำรับรอง

(สมัครในกรณีเป็น คู่สมรส, บุตร, บิดามารดา)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิกสมาคม และ/หรือ
สหกรณ์..... เลขทะเบียน..... ตามหนังสือรับรองข้างต้น

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมาคมอนามัย
สาธารณสุขสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย เกี่ยวข้องเป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ของข้าพเจ้าจริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย / นาง / นางสาว..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ปรากฏว่า.....

นาย / นาง / นางสาว..... ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ

จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดต่อยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (1).....

.....

.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย