



เลขที่รับ.....  
 ว.ด.ป.ที่รับ.....

เลขทะเบียน.....

## ใบสมัคร

### สมาชิกสมาคมปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด (กลุ่มมรส)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรียน นายกสมาคมปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า.....หมายเลขประจำตัว

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....กลุ่มมรสของ.....

เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์.....เลขทะเบียนสมาคม.....ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมปณิก

สงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่สมาคมปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด กำหนด คือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ
4. สำเนาแสดงการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล(ถ้ามี)
5. สำเนาใบสำคัญการสมรส

เมื่อสมาคมปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้จัดการศพ

และมอบให้ 1.....เกี่ยวข้องเป็น.....

2.....เกี่ยวข้องเป็น.....

3.....เกี่ยวข้องเป็น.....เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพของข้าพเจ้า

เมื่อสมาชิกของสมาคมปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ศพที่ข้าพเจ้าต้องชำระต่อสมาคมฯ จากเงินเดือนหรือเงินบำนาญของข้าพเจ้าหรือจาก ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญของ นาย , นาง .....กลุ่มมรสของข้าพเจ้า ณ. หน่วยงานต้นสังกัด.....จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุนบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ก่อนวันที่ยื่นใบสมัคร ข้าพเจ้าไม่มีประวัติทางการแพทย์ในการตรวจพบโรคมะเร็ง และ/หรือโรคติดต่อร้ายแรง จากสถานพยาบาลใด ๆ มาก่อน หากตรวจพบว่าคำรับรองของข้าพเจ้าข้างต้นไม่เป็นความจริง ให้สมาคมปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด สงวนสิทธิ์ในการจ่ายเงินสงเคราะห์ ให้กับผู้รับผลประโยชน์ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมปณิกสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ศพ ของข้าพเจ้า จัดการชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้ามีอยู่ต่อสหกรณ์ให้เสร็จสิ้นเสียก่อน หากมีเงินเหลือจึงจ่ายคืนให้กับผู้มีสิทธิดังกล่าว

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์ศพ หรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์  บริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม  ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

(ลงชื่อ).....กลุ่มมรส/ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏ  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด**

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....สมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏ  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด..... และ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏสมาชิก  
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/  
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครู  
กาญจนบุรี จำกัด ทุกประการ

( ลงชื่อ ).....ผู้รับรอง  
(.....)

( ลงชื่อ ).....ผู้รับรอง  
(.....)

**มติคณะกรรมการ**

คณะกรรมการมีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครู  
กาญจนบุรี จำกัด ได้ ในคราวประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....ลงวันที่.....  
และได้เลขประจำตัวสมาชิกเลขที่.....