



เลขที่รับ.....

ว.ค.ป.ที่รับ.....

เลขทะเบียนสมาคม.....

## ใบสมัคร

### สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ฯ..... หน่วย..... เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... ปัจจุบันตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน..... อำเภอ..... ชื่อคู่สมรส.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด กำหนด คือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาแสดงการเปลี่ยนชื่อ – ชื่อสกุล (ถ้ามี)

เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้..... เกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้จัดการศพ

และมอบให้ 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2..... เกี่ยวข้องเป็น.....

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

เมื่อสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ศพจากข้าพเจ้าได้ ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญ (โดยระบุสถานที่) คือ..... จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ศพ ของข้าพเจ้า จัดการชำระหนี้สินที่ข้าพเจ้ามีอยู่ต่อสหกรณ์ให้เสร็จสิ้นเสียก่อน หากมีเงินเหลือจึงจ่ายคืนให้กับผู้มีสิทธิดังกล่าว

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์ศพ หรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์  บริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม  ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

( ลงชื่อ ).....ผู้สมัคร

(.....)

**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏ  
สมาชิกระดับออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด**

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

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

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏสมาชิกระดับออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด ทุกประการ

( ลงชื่อ ).....ผู้รับรอง  
(.....)

( ลงชื่อ ).....ผู้รับรอง  
(.....)

**มติคณะกรรมการ**

คณะกรรมการมีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมสถาปนิกสยามราชภัฏสมาชิกระดับออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด ได้ ในคราวประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....ลงวันที่.....  
และได้เลขประจำตัวสมาชิกเลขที่.....