



สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสอท. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามข้อบังคับ และระเบียบสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย ประกาศ สสอท. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอท. หรือ การเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

คำสั่ง  อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสอท. ตั้งแต่วันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายก สสอท.  
 ประธาน สอ.....  
 ผู้จัดการ สอ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบสมัครและเอกสารประกอบให้ดาวน์โหลดได้หมายเลข [www.lt-coop.com](http://www.lt-coop.com) หรือ

[www.lt-coop.com/index-fsc.html](http://www.lt-coop.com/index-fsc.html) หรือ E-mail.ftsc.coop@gmail.com



# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง .....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....  
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว .....อายุ.....ปี  
ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว .....แล้ว

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจาก  
ราชการ
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย  
เลขที่ 510 ถนนเจริญรัฐ บ้านติดต่อดำบลนาอาน อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย 42000  
โทร.042-812192 , 811149, 832109 โทรสาร 042-832433 www.lt-coop.com.

บันทึกข้อความ

วันที่ .....

เรื่อง เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ของสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขที่.....หน่วย.....เบอร์โทร.....  
สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
มีความประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ตามคำสัจดาบรรณที่ให้กับทางสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ ไว้คือ

**เดิม**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

**ใหม่**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

การเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าว ข้าพเจ้าได้กระทำให้ด้วยความสุจริตใจ มิได้มีใครมาบังคับขู่เข็ญ หรือมี  
สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ในกรณีที่ สสอท. ติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อกับบุคคลต่อไปนี้

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....พยาน (เจ้าหน้าที่สมาคมฯ)

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ฯ

ควรดำเนินการเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ให้ตามความประสงค์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

