

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

- | | |
|---|--------|
| 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน | 2 ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้าน | 2 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) | 2 ฉบับ |
| 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) | 2 ฉบับ |
| 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน | 1 ฉบับ |
| 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์ | 1 ฉบับ |

สสอศ. 1



ใบสมัครสมาชิก

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอศ.)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรส ชื่อ

- (1) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด และเป็น
- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้บริการสถานศึกษา | <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> บุคคลทางการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ | <input type="checkbox"/> นักวิชาการศึกษา | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ | |

- (2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)
- บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
- ตำบล (แขวง) อำเภอ (เขต) จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

- (3) สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน
- อำเภอ (เขต) จังหวัด
- โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด เลขที่

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิก สสค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ตาม ข้อบังคับ และระเบียบสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก ชุมนุมนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย จำกัด ประกาศ สสอศ. เรื่องรับสมัครสมาชิก สสอศ. หรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก สสค. ตั้งแต่วันที่
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- นายก สสอศ.
- ประธานสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด
- ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาวแล้ว

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์
 สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.
 สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด เลขทะเบียนที่ สังกัดหน่วย
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล
 อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ มือถือ ทำงานประจำในตำแหน่ง
 สถานที่ทำงาน ตำบล
 อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์ที่ทำงาน ต่อ

1. สถานภาพ

- โสด
- สมรส คู่สมรส ชื่อ
- หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ที่ สสอ. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับสหกรณ์ออมทรัพย์
 สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด เท่ากับจำนวนหนี้สินที่ข้าพเจ้าผูกพันอยู่ในขณะนั้นเป็นอันดับแรก ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล
 ดังต่อไปนี้

- 2.1
- 2.2
- 2.3
- 2.4
- 2.5
- 2.6

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงผลเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการ
 ใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

3. ข้าพเจ้าในฐานะสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.) ยินยอมให้
 ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือน หักเงินที่เกี่ยวข้องกับการนี้และเงินสงเคราะห์ศพหรือสงเคราะห์ศพล่วงหน้าตามที่
 ระเบียบเก็บ ตั้งแต่วันที่สหกรณ์ออมทรัพย์ครูลงบัญชีเพื่อจ่ายให้ สสอ. เป็นต่อไป

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม
 (ลงชื่อ) พยาน
 (ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ สส.ชสอ.
 (ลงชื่อ) ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.
 (.....)



หนังสือยินยอมชำระเงินค่าสงเคราะห์ศพ

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด
เลขทะเบียนที่ หน่วยงาน / โรงเรียน หมายเลขโทรศัพท์ / มือถือ
ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษานครสวรรค์ จำกัด หักชำระเงินค่าสงเคราะห์ศพล่วงหน้ารายปี ค่าบำรุงรายปี
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.) ในเดือนธันวาคมของทุกปี โดยให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- หักเงินเดือน / ค่าจ้างประจำ
- หักเงินปันผล / เงินเฉลี่ยคืน
- หักบัญชีเงินฝากสหกรณ์ฯ เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี
- อื่น ๆ โปรดระบุ

(ลงชื่อ) ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จัดการ
(.....)