

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



ใบสมัครสมาชิกประเภทสามัญ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. คู่สมรสชื่อ.....

(1) ดำรงตำแหน่ง หรือปฏิบัติหน้าที่..... และเป็นสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....

(2) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล(แขวง).....

อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน/ชื่อหน่วยงาน.....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....E-mail.....

(4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท และครั้งต่อไปชำระดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสดทุกปี ☐ หักชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก☐ หักชำระจากเงินปันผล, เจลี่ยคืน ☐ หักชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ.....เลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- () เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน
- () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- () ครบถ้วนมีบัตรเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

(.....)

ความเห็นของเลขานุการ/ประธานศูนย์ประสานงาน

() ครอบงำมติรับเป็นสมาชิก () อื่น ๆ.(ระบุ).....

ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน

การอนุมัติ

() ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่.....

ลงชื่อ.....เลขานุการ สสอ.ค.

() ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย

ลงชื่อ.....นายกสมาคม

(.....)



สสอ.3

หนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ และการหักเงิน
สมาคมพานิชสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. กรณี ข้าพเจ้ามี ภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด
หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน

➡ 3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.4..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.2..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.5..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.3..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.6..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้
ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

.....
(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

.....
(ลงชื่อ).....พยาน

.....
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.

.....
(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สมาชิกสหกรณ์.....เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอ. รอบสมัครเดือน.....
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ.....
3. โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย	☐	☐	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
7. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-7 และยินยอมให้ สสอ. ขอประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับประวัติการรักษาโรคให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิการเป็นสมาชิก สสอ.

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอ.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด, บิดา, มารดา, พี่น้องร่วมสายเลือด)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

นาย / นาง / นางสาว.....
 ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
 และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรคฉี่หนูในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคเอดส์ในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

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