



# สำนักงานสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

458 หมู่ที่ 6 ถนนยนตรการกำธร ต.คลองขุด อ.เมืองสตูล จ.สตูล 91000  
โทร. 0-7471-1933, 0-7473-0072 แฟกซ์ 0-7477-2187 มือถือ 086-4892410-14

ที่ 361 /2556

15 สิงหาคม 2556

เรื่อง ประชาสัมพันธ์รับสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ครูไทย (สสอค.)

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครสมาคมฌาปนกิจฯ ชุมชมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย จำนวน 1 ชุด

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด ได้เป็นศูนย์ประสานงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์  
สหกรณ์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.) ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การรับสมัครสมาชิก  
ประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ อายุไม่เกิน 50 ปี โดยกำหนดช่วงเวลารับสมัครถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2556  
ดังนั้น จึงขอความร่วมมือทางโรงเรียนช่วยประชาสัมพันธ์ ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล  
จำกัด รับทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายไสว สังกข์ทอง)

ประธานศูนย์ประสานงาน  
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ฝ่ายสมาคมฌาปนกิจฯ

0-7471-1933 , 086-4892410-13

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

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



**ใบสมัครสมาชิก**

**สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (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 ดังนี้  
 ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก  
 ชำระจากเงินปันผล, เหลือค่าน้ำ  ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ.....เลขที่.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

( ) เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วนและ

( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน และ

(..) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

**สำหรับคณะกรรมการ**

ความเห็นของเลขานุการ

( ) ครอบอนุมัติ ( ) อื่น ๆ.(ระบุ).....

ลงชื่อ.....เลขานุการ

การอนุมัติ

( ) อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก สสอ.ค.เมื่อวันที่.....

( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคม





หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมแห่งประเทศไทย (สสอค.)

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. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ สสอค. พึ่งจ่าย โดยจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้ โดยมอบให้ผู้รับประโยชน์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นผู้จัดการศพ

2.1.....	เกี่ยวข้องกับ.....	2.4.....	เกี่ยวข้องกับ.....
2.2.....	เกี่ยวข้องกับ.....	2.5.....	เกี่ยวข้องกับ.....
2.3.....	เกี่ยวข้องกับ.....	2.6.....	เกี่ยวข้องกับ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอค.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอค.

หมายเหตุ

ข้อความสำคัญ กรณี ผู้ให้คำยินยอม มี ภาระหนี้ กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน โดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....		(ลงชื่อ).....	
2.1.....	เกี่ยวข้องกับ.....	2.4.....	เกี่ยวข้องกับ.....
(ลงชื่อ).....		(ลงชื่อ).....	
2.2.....	เกี่ยวข้องกับ.....	2.5.....	เกี่ยวข้องกับ.....
(ลงชื่อ).....		(ลงชื่อ).....	
2.3.....	เกี่ยวข้องกับ.....	2.6.....	เกี่ยวข้องกับ.....



# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

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