



# 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 ว.429/2556

3 ตุลาคม 2556

เรื่อง ประชาสัมพันธ์รับสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ครูไทย (สสอค.)

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ครูไทย จำนวน 1 ชุด  
2. ประกาศสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ครูไทย จำนวน 1 ชุด

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด ได้เป็นศูนย์ประสานงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์  
สหกรณ์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.) ขอความร่วมมือทางโรงเรียนประชาสัมพันธ์การรับสมัคร  
สมาชิกประเภทสามัญและสมาชิกประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด รับอายุไม่  
เกิน 60 ปี (เกิดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2496 เป็นต้นไป) โดยกำหนดเวลารับสมัคร

รอบเดือน ตุลาคม 2556 (รับสมัคร 1-31 ต.ค. 56)

รอบเดือน พฤศจิกายน 2556 (รับสมัคร 1-30 พ.ย. 56)

รอบเดือน ธันวาคม 2556 (รับสมัคร 1-31 ธ.ค. 56)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือทางโรงเรียนช่วยประชาสัมพันธ์ ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล  
จำกัด รับทราบโดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายไสว สังข์ทอง)

ประธานศูนย์ประสานงานสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ฯ ครูไทย

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ชำระเป็นเงินสด              | <input type="checkbox"/> ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก |
| <input type="checkbox"/> ชำระจากเงินปันผล, เฉลี่ยคืน | <input type="checkbox"/> ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก      |

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ.....เลขที่.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- ( ) เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วนและ
- ( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน และ
- (.) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

## สำหรับคณะกรรมการ

## ความเห็นของเลขานุการ

( ) อนุมัติ ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เลขานุการ

## การอนุมัติ

( ) อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก สสอ. เมื่อวันที่.....

( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคม



# หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมแห่งประเทศไทย (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. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ สสอ. 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 สสอ.

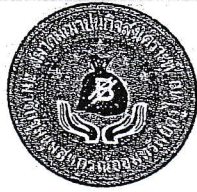
(ลงชื่อ)..... ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.



### หมายเหตุ

ข้อความสำคัญ กรณี ผู้ให้คำยินยอม มี ภาระหนี้ กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อนโดยขอรับเฉพาะส่วนที่เหลือจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(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.....

ไม่เป็นผู้มีกายภาพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ 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

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

เอกสารประกอบ

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



## ใบสมัครสมาชิก ประเภท สมทบ

- สมาชิกสมทบ ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ
- สมาชิกสมทบประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ

## สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน             

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

- (1) เป็นคู่สมรสของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
- (2) เป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์.....(สำหรับสมาชิกสมทบประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ)

## (3) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

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

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

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

- (4) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท ดังนี้
- ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก
- ชำระจากเงินปันผล, หนี้สิน  ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ.....เลขที่.....

## สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- ( ) เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วนและ
- ( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน และ
- (..) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จัดการ

## สำหรับคณะกรรมการ

## ความเห็นของเลขานุการ

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

ลงชื่อ.....เลขานุการ

การอนุมัติ

( ) อนุมัติเข้าเป็นสมาชิก สสอ.เมื่อวันที่.....

( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคม



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์  
สมาคมปกป้องสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์กรุงเทพ (สสอก.)

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 สสอก. 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 สสอก.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอก.

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) โรควัด โรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

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

# ความรู้ สสอ. รับสมัครสมาชิกสามัญ และ สมทบ อายุไม่เกิน 60 ปี



**1 ถึง 30 กันยายน 2556 (รอบเดือนกันยายน 2556)**  
**และ รอบเดือน ตุลาคม 2556 (รับสมัคร 1 - 31 ต.ค.56)**  
**รอบเดือน พฤศจิกายน 2556 (รับสมัคร 1 - 30 พ.ย.56)**  
**รอบเดือน ธันวาคม 2556 (รับสมัคร 1 - 31 ธ.ค.56)**

## ประเภท และคุณสมบัติ สมาชิกที่รับสมัคร

### ประเภทสามัญ คุณสมบัติผู้สมัคร

- \* เป็นสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ ในสังกัด หรือในกำกับกระทรวงศึกษาธิการ หรือ ในสังกัดกรุงเทพมหานคร และ
- \* อายุไม่เกิน 60 ปี นับตามปีปฏิทิน(เกิดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2496 เป็นต้นไป)

### ประเภทสมทบ ประกอบด้วยผู้สมัคร 2 ประเภท ดังนี้

- สมาชิกสมทบ ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ คุณสมบัติผู้สมัคร**
  - เป็นผู้สมรสสมาชิกประเภทสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ ในสังกัด หรือในกำกับกระทรวงศึกษาธิการ หรือ ในสังกัดกรุงเทพมหานคร
  - อายุไม่เกิน 60 ปี นับตามปีปฏิทิน (เกิดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2496 เป็นต้นไป)
- สมาชิกสมทบประเภท สมาชิกรวมคณาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มวิชาชีพ**
  - สมาคณาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพตำรวจ (สสอ.ด.)
  - สมาคณาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพราชการรัฐวิสาหกิจไทย (สสอ.รท.)
  - สมาคณาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพทหาร(สสอ.ท.)
  - สมาคณาปนกิจสงเคราะห์กลุ่มวิชาชีพสถานประกอบการ (สสอ.ป.)

### คุณสมบัติผู้สมัคร

- เป็นผู้สมรสสมาชิกรวมคณาปนกิจสงเคราะห์ต้นสังกัดของสมาชิก และ
- อายุไม่เกิน 60 ปี นับตามปีปฏิทิน(เกิดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2496 เป็นต้นไป) ขอรับแบบพิมพ์ใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด หรือดาวน์โหลดจาก <http://www.thaiftsc.com>

## หลักฐาน ประกอบการสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่งจากโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลของรัฐ (อายุไม่เกิน 30 วัน ถึงวันที่สมัคร)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาเอกสารประกอบอื่นๆ ตามที่กำหนด เช่น ใบเปลี่ยนชื่อนามสกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น

## การสมัคร

- กรอกใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเอง ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดที่เป็นศูนย์ประสานงานของสมาคมฯ
- สำหรับสมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์ที่ยังไม่เป็นศูนย์ประสานงาน ให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารหลักฐานด้วยตนเอง ณ ที่สมาคมฯ ชั้น 5 เลขที่ 199 หมู่ที่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
- ชำระเงินค่าสมัคร 20 บาท เงินค่าบำรุง 20 บาท เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 4,000 บาท

## การประกาศรายชื่อสมาชิกที่ผ่านการอนุมัติ

สมาคมจะประกาศรายชื่อสมาชิกที่ผ่านการอนุมัติการเป็นสมาชิก ผ่านทาง E-mail ของศูนย์ประสานงาน และ E-mail ของสมาคม โดยสมาชิกได้รับสิทธิตามข้อบังคับ ตามรอบการรับสมัคร ดังนี้

รอบเดือน กันยายน 2556	ตั้งแต่	วันที่ 1	พฤศจิกายน 2556	เป็นต้นไป
รอบเดือน ตุลาคม 2556	ตั้งแต่	วันที่ 1	ธันวาคม 2556	เป็นต้นไป
รอบเดือน พฤศจิกายน 2556	ตั้งแต่	วันที่ 1	มกราคม 2557	เป็นต้นไป
รอบเดือน ธันวาคม 2556	ตั้งแต่	วันที่ 1	กุมภาพันธ์ 2557	เป็นต้นไป

## ติดต่อสอบถาม

- สำนักงาน สสอ. ชั้น 5 อาคาร ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด เลขที่ 199 หมู่ 2 ถนนนครอินทร์ ต.บางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130 ในเวลาทำการ
- โทรศัพท์ : 0-2496-1337 โทรสาร : 0-2496-1337-8 โทรศัพท์มือถือ 081-5297829 (พจก.สุรศักดิ์)
- จนท.085-4624998 (จันทร์ทิพย์) 085-4612485 (ศันสนีย์) 090-3371709 (สุจิตรา) 085-6433158 (ธนวิรัตน์) 085-6461294 (ภัทรวรรณ) 080-6429095 (ชลนิรม) 082-8559722 (นากยา) 092-3160072 (เอกบุตร)
- E-mail : [ftsc.coop1@gmail.com](mailto:ftsc.coop1@gmail.com) เว็บไซต์ : <http://www.thaiftsc.com>

