



# 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. ๖ /2558

31 มีนาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ เรื่อง การรับสมัครสมาชิกสามัญ และสมาชิกสมทบ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียน/หัวหน้าหน่วยงาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ประกาศ สสอค. จำนวน 1 ฉบับ  
2. ใบสมัคร จำนวน 3 ฉบับ

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด ได้เป็นศูนย์ประสานงานสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์  
สหกรณ์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.) ขอความร่วมมือทางโรงเรียนประชาสัมพันธ์การรับ  
สมัครสมาชิกสามัญ และสมาชิกสมทบ (1) กลุ่มสมาชิกอายุไม่เกิน 50 ปี และ (2) กลุ่มอายุระหว่าง 51 ถึง 60 ปี  
โดยสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

## 1. สมาชิกประเภทสามัญ

- รับอายุไม่เกิน 50 ปี (ไม่เกิดก่อน ปี 2508) จ่ายเงิน 4,860 บาท
- รับอายุ 51-60 ปี (ผู้ที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2498 ถึงปี พ.ศ. 2507 และผู้ที่เกิดระหว่าง  
วันที่ 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 2497) จ่ายเงิน 4,860 + เงินบริจาค

## 2. สมาชิกประเภทสมทบ

- คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ
- รับอายุไม่เกิน 50 ปี (ไม่เกิดก่อน ปี 2508) จ่ายเงิน 4,860 บาท
- รับอายุ 51-60 ปี (ผู้ที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2498 ถึงปี พ.ศ. 2507 และผู้ที่เกิดระหว่าง  
วันที่ 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 2497) จ่ายเงิน 4,860 + เงินบริจาค

ขอแสดงความนับถือ

(นายปรีชา ดุสยการัญญ์)

ประธานกรรมการศูนย์ประสานงาน สสอค.

ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสตูล จำกัด

ฝ่ายสมาคมพัฒนากิจฯ

0-7471-1933 ต่อ 12, 086-4892410-12

<http://www.stf-coop.com>

# ประกาศรับสมัครสมาชิก

## สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

### การรับสมัคร

#### 1. สมาชิกประเภทสามัญ

- รับอายุไม่เกิน 50 ปี (ไม่เกิดก่อน ปี 2508) จ่ายเงิน 4,860 บาท
- รับอายุ 51-60 ปี (ผู้ที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2498 ถึงปี พ.ศ. 2507 และผู้ที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 2497) จ่ายเงิน 4,860 + เงินบริจาค

#### 2. สมาชิกประเภทสมทบ

- คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ของสมาชิกสามัญ
- รับอายุไม่เกิน 50 ปี (ไม่เกิดก่อน ปี 2508) จ่ายเงิน 4,860 บาท
- รับอายุ 51-60 ปี (ผู้ที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2498 ถึงปี พ.ศ. 2507 และผู้ที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ต.ค.-31 ธ.ค. 2497) จ่ายเงิน 4,860 + เงินบริจาค

### บัญชีอัตราเงินบริจาค ตามชั้นอายุ

| ลำดับ | ชั้นอายุ | อัตรา/ชั้นอายุ | เงินบริจาค | เงินสงเคราะห์ (ล่วงหน้า) | ค่าสมัคร | ค่าบำรุง | รวมเป็นเงิน |
|-------|----------|----------------|------------|--------------------------|----------|----------|-------------|
| 1     | 51       | 200            | 10,200     | 4,800                    | 20       | 40       | 15,060      |
| 2     | 52       | 200            | 10,400     | 4,800                    | 20       | 40       | 15,260      |
| 3     | 53       | 200            | 10,600     | 4,800                    | 20       | 40       | 15,460      |
| 4     | 54       | 200            | 10,800     | 4,800                    | 20       | 40       | 15,660      |
| 5     | 55       | 200            | 11,000     | 4,800                    | 20       | 40       | 15,920      |
| 6     | 56       | 200            | 11,200     | 4,800                    | 20       | 40       | 16,060      |
| 7     | 57       | 200            | 11,400     | 4,800                    | 20       | 40       | 16,260      |
| 8     | 58       | 200            | 11,600     | 4,800                    | 20       | 40       | 16,460      |
| 9     | 59       | 200            | 11,800     | 4,800                    | 20       | 40       | 16,660      |
| 10    | 60       | 200            | 12,000     | 4,800                    | 20       | 40       | 16,860      |

รับสมัครตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2558

โปรดเขียนคำตอบที่จริงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

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, เจลี่ยคืน | <input type="checkbox"/> ชำระจากการเพิ่มเงินกู้ให้สมาชิก      |

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ.....เลขที่.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- ( ) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วนและ
- ( ) 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  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนอุตสาหกรรมออมทรัพย์กรุงเทพ (สสอ.ค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ มือถือ.....

ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

โสด

สมรส คู่สมรสชื่อ.....

หย่า หรือ หม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับผลประโยชน์จากเงินสงเคราะห์ สสอ.ค. 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.ค.

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.ค.

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

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

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