



สมาชิกเลขที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงใหม่ จำกัด

(กรณีผู้สมัครเป็นสมาชิกสามัญสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงใหม่ จำกัด)

175 หมู่ 2 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50000

โทร. 0-5385-1888 โทรสาร. 0-5385-1889

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว/.....)..... เป็น

☐ สมาชิกสหกรณ์ฯ ประเภทสามัญเลขที่.....

(2) ข้าพเจ้าเกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน สัญชาติ.....

เลขประจำตัวประชาชน

(3) ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

(4) อาชีพ.....ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ

ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ในขณะที่เป็นหนี้สินต่อสหกรณ์ฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฯ หักเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ ชำระหนี้ สหกรณ์ฯ เป็นอันดับแรก หากมีเงินเหลือขอมอบให้ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ในหนังสือแสดงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพและจัดการศพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินเดือนหรือเงินอื่นใดที่ทางราชการจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า หักเงิน ณ ที่จ่ายเพื่อ ชำระให้แก่สมาคมฯ ได้ตลอดไป

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบ ข้อบังคับของสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์ฯ โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตาม ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อท้ายนี้ ขอรับรองว่าผู้สมัครรายนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติ เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงใหม่ จำกัด สมควรรับเป็นสมาชิกสมาคมฯ ได้

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....สมาชิกสมาคมฯ เลขที่.....

(.....)

มติของคณะกรรมการดำเนินการสมาคมฯ

☐ อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฯ ตั้งแต่วันที่/...../.....

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

หนังสือแสดงผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว /)สังกัดหน่วยบริการ..... ปัจจุบันอยู่
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ตามข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงใหม่ จำกัด พ.ศ.
2552 ข้อ 10 โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินตามข้อบังคับ ดังนี้ :-

- 1.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- 2.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- 3.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- 4.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- 5.....เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เอกสารประกอบใบสมัคร

1. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ (ยังไม่หมดอายุ)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ ที่มีอายุไม่เกิน 1 เดือน
4. เงินค่าสมัคร 100.-บาท , เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า 400.-บาท ,เงินบำรุงสมาคม 20.-บาท รวม 520.-บาท/ชุดสมัคร

หมายเหตุ

1. ผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ ซึ่งต้องเป็นบุคคล (ตามข้อบังคับสมาคม หมวด 4 ข้อ 17 และประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมฯ เรื่องวิธีการจ่ายเงินค่าจัดการศพหรือค่าจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวฯ ข้อ 3) ดังต่อไปนี้
 - (1) สามี ภริยา บุตร บิดา มารดา
 - (2) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน
 - (3) พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกัน
 - (4) ปู่ ย่า ตา ยาย
 - (5) ลุง ป้า น้า อา
 - (6) ผู้อุปการะเลี้ยงดูหรือผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดู
2. การแก้ไขรายการที่ผิดพลาด ต้องลงนามกำกับการแก้ไขและห้ามใช้ยาลบหมึกทุกชนิดแก้ไขโดยเด็ดขาด
3. หากมีการเปลี่ยนแปลงการระบุชื่อผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ให้สมาชิกยื่นคำร้องต่อสมาคม