

เอกสารประกอบการรับสมัคร

1. สำเนาทะเบียนบ้าน/สมาชิก/ผู้รับผลประโยชน์
2. สำเนาบัตรประชาชน/สมาชิก/ผู้รับผลประโยชน์
3. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
4. สำเนาทะเบียนสมรส กรณีคู่สมรส
5. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรรมการออกใบสมัครให้ครบถ้วนชัดเจน



ส.พ.ค.1/4

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.)

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวสมาชิกสหกรณ์เลขที่.....
เลขที่ประจำตัวประชาชน
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี คู่สมรสชื่อ.....
ดำรงตำแหน่ง หรือ ปฏิบัติหน้าที่.....สังกัด/โรงเรียน.....
อำเภอ.....จังหวัด.....

**** กรณีผู้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ โปรดกรอกข้อ (1) ให้ครบถ้วน ****

(1) เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร

ของสมาชิกชื่อ.....สมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียน.....

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(3) ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

(4) การชำระค่าสมัครครั้งแรก และครั้งต่อไปชำระดังนี้

☐ **กรณีประเภทสมาชิกสามัญ** ข้าพเจ้ายินยอมและร้องขอให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน
ได้รายเดือนของข้าพเจ้าหักเงินได้ รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระค่าสมัคร 100 บาท ค่าบำรุงรายปี
50 บาท และ ข้าพเจ้ายินยอมและร้องขอให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของ
ข้าพเจ้า หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระเงินสงเคราะห์ ส่งให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.)

☐ **กรณีประเภทสมาชิกสมทบ** ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....ยินยอมและร้องขอให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้
รายเดือนของข้าพเจ้าหักเงินได้ รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระค่าสมัคร 100 บาท ค่าบำรุงรายปี
50 บาท ของสมาชิกสมทบที่สมัครในทะเบียนของข้าพเจ้า และ ข้าพเจ้ายินยอมและร้องขอให้
ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อ
ชำระเงินสงเคราะห์ ส่งให้สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.)

(5) ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับของสมาคมฯ ได้เข้าใจวัตถุประสงค์และข้อบังคับของสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.) ทุกประการแล้ว มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.) และถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิกจะปฏิบัติตามข้อบังคับของสมาคมฯ ปณิกสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.) ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

**คำรับรองและยินยอมของสมาชิกสามัญสหกรณ์ ให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือน
หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่าย**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....
ยินยอมและร้องขอให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อ
ชำระค่าสมัคร , ค่าบำรุงรายปี และเงินสงเคราะห์ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.)

(ลงชื่อ).....สมาชิกสามัญ / ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

**คำรับรองและยินยอมของสมาชิกสามัญสหกรณ์ ให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือน
หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่าย (กรณีสมัครประเภทสมาชิกสมทบ)**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่.....
ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็น.....ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมและร้องขอให้ผู้บังคับบัญชา
หรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า หักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่ายเพื่อชำระค่าสมัคร , ค่าบำรุงรายปี ,
และเงินสงเคราะห์ ส่งให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครูลำปาง (ส.พ.ค.)

(ลงชื่อ).....สมาชิกสามัญ / ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร
() เป็นผู้มีความสมัครใจถูกต้องครบถ้วน
() ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
() ได้ให้ความยินยอมให้หักเงินได้รายเดือน ชำระเงิน
ค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปี เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า และ
เงินสงเคราะห์ ของสมาคมฯ เรียบร้อยแล้ว
() ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ.....นายทะเบียน
(.....)

ความเห็นของเลขานุการ

() ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก
() อื่นๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....เลขานุการสมาคมฯ
(.....)

คำสั่งนายกสมาคมฯ

() เห็นควรรับเข้าเป็นสมาชิก ตามมติที่ประชุม
คณะกรรมการสมาคมฯ (ส.พ.ค.)
() ไม่ควรรับเป็นสมาชิก ส.พ.ค. เนื่องจาก.....
.....

ลงชื่อ.....นายกสมาคมฯ
(.....)

**หนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ และการหักเงิน
สมาคมปณิกิจสงเคราะห์สมาชิกเพื่อนครุลำปาง (ส.พ.ค.)**

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวสมาชิกสหกรณ์เลขที่.....
เลขที่ประจำตัวประชาชน
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง หรือ ปฏิบัติหน้าที่
.....สังกัด/โรงเรียน..... อำเภอ.....
จังหวัด..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

(1) สถานภาพ

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

(2) กรณี ข้าพเจ้ามีภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลำปาง จำกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สหกรณ์
ออมทรัพย์ครูลำปาง จำกัด หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนหมดสิ้นก่อน

(3) เงินที่เหลือจากข้อ (2) ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1 ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....	3.4 ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....
3.2 ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....	3.5 ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....
3.3 ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....	3.6 ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่ (นาย/นาง/นางสาว) เป็นผู้จัดการ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ลงชื่อ.....นายกสมาคมฯ
(.....)



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ. สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูลำปาง จำกัดเลขที่.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ได้ทำการสมัครสมาชิก ส.พ.ค. เดือน.....
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สมาคม ส.พ.ค. ดังนี้

1. มีสุขภาพแข็งแรง

2. ไม่เป็นผู้มีกายภาพทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

4. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

4.1 โรคมะเร็ง

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.3 โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.6 โรคไตวายเรื้อรัง

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.7 โรคปอดเรื้อรัง

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.8 โรคตับแข็ง

☐

ไม่มี

☐

มี

ระบุ.....

4.9 โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....

เรียน นายกสมาคมธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ส.พ.ค.)

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าบันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้สมาคม ส.พ.ค. ตัดสิทธิ์ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติการเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการสมาคม ส.พ.ค. และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการรับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ 4.1 ถึง 4.9 ก่อนครบกำหนด 1 ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 1 ปี นับแต่ที่ สมาคม ส.พ.ค. มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตก่อนครบกำหนด 1 ปี ด้วยโรคตามข้อ 4.1 ถึง 4.9 ทางสมาคม ส.พ.ค. จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงินสงเคราะห์

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก ส.พ.ค.)
(.....)

ลงชื่อ..... (เจ้าหน้าที่สมาคมฯ) ลงชื่อ..... (พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)
(.....) (.....)

ลงชื่อ..... นายทะเบียนสมาคมฯ ลงชื่อ..... นายกสมาคมฯ
(.....) (.....)