



เลขประจำตัวสมาชิก  
.....

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 ( สฉ.สอ.สร.2)

เขียนที่สมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 ( สฉ.สอ.สร.2)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพ  โสด  สมรส คู่สมรสชื่อ.....  หย่า หรือหม้าย

**คุณสมบัติความเกี่ยวข้องของผู้สมัคร**

- เป็นสมาชิกของสภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด เลขที่สมาชิก.....
- เป็นสมาชิกสมทบของสภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด เลขที่สมาชิก.....
- เป็นคู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือคู่สมรสของบุตร หรือคู่สมรสของบุตรบุญธรรมของสมาชิกสภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด ชื่อ .....เลขที่สมาชิก.....
- เป็นคู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือคู่สมรสของบุตร หรือคู่สมรสของบุตรบุญธรรมของสมาชิกสมทบสภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด ชื่อ .....เลขที่สมาชิก.....
- เป็นสมาชิกของสมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด เลขที่สมาชิก .....
- เป็นคู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือคู่สมรสของบุตร หรือคู่สมรสของบุตรบุญธรรมของสมาชิกของสมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด ชื่อ..... เลขที่สมาชิก.....
- เป็นเจ้าหน้าที่สมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2
- เป็นคู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือคู่สมรสของบุตร หรือคู่สมรสของบุตร บุญธรรมของสมาชิกของสมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 ชื่อ.....เลขที่สมาชิก.....
- เป็นเจ้าหน้าที่สมาคมเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมออมทรัพย์ครูไทย  
เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์สมาชิกของชุมนุมสภกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย  
เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูภาคเหนือ  
เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสมาคมสมาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ไทย ของสภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด
- เป็นคู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม หรือคู่สมรสของบุตร หรือคู่สมรสของบุตร บุญธรรมของเจ้าหน้าที่สมาคม  
เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานสภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย ชื่อ .....เลขที่สมาชิก.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์มือถือ .....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด2 (สธ.สอ.ชร.2)

หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ คือ

- 1 .....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ติดต่อ.....  
โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2 .....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ติดต่อ.....  
โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3 .....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ติดต่อ.....  
โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 4 .....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ติดต่อ.....  
โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 5 .....เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ติดต่อ.....  
โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะชำระเงินสงเคราะห์ต่อสมาคมฯ โดยวิธี

- หักเงินเดือน/เงินบำนาญของข้าพเจ้า ณ ที่จ่ายจากต้นสังกัด
- หักเงินเดือน/เงินบำนาญ ของ..... ซึ่งเป็น.....
- หักผ่านบัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....
- ผากเงินสงเคราะห์ไว้ล่วงหน้า จำนวน.....บาท
- นำส่งเงินด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับ ระเบียบและประกาศของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สภกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงราย จำกัด 2 (สธ.สอ.ชร.2)

ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัคร

- เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วนและ
- ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนและ
- ชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว

ลงชื่อ .....เจ้าหน้าที่  
(.....)  
...../...../.....

**มติที่ประชุม**

คณะกรรมการชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก โดยจะเริ่มหักเงินสงเคราะห์เดือน.....พ.ศ.....
- ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ .....นายกสมาคมฯ  
(.....)  
...../...../.....



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ ปีเกิด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สม.สอ.ชร.2 สมัครงเดือน.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิก สม.สอ.ชร.2 ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
3.1 โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.2 โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.3 โรคฉี่หนูโรคในระยยะอันตราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.4 โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.6 โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.7 โรคปอดเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.8 โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3.9 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคร้ายแรงอื่นๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

ข้าพเจ้าขอรับรองและยืนยันว่าบันทึกถ้อยคำดังกล่าวที่ให้ไว้ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ **หากบันทึกถ้อยคำที่ได้แจ้งไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นเท็จแล้ว ขอให้ สม.สอ.ชร.2 ตัดสิทธิ์ข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติ การเป็นสมาชิกได้ตามมติคณะกรรมการ สม.สอ.ชร.2 และข้าพเจ้าตลอดทั้งทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้าจะไม่ ขอรับสิทธิ์และใช้สิทธิ์ใดๆ ในการรับเงินสงเคราะห์ตามที่กำหนด เมื่อข้าพเจ้าได้เสียชีวิตตามข้อ (3.1)-(3.9) ก่อนครบ กำหนด 180 วัน**

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขและข้อกำหนดแล้วว่าภายใน 180 วัน นับแต่ที่ สม.สอ.ชร.2 มีมติรับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว หากข้าพเจ้าเสียชีวิตก่อนครบกำหนด 180 วัน ด้วยโรคข้อ (3.1) – (3.9) ทาง สม.สอ.ชร.2 จะไม่จ่ายเงินสงเคราะห์ให้ผู้รับเงิน สงเคราะห์ ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....  
(.....)  
(ผู้สมัครสมาชิก สม.สอ.ชร.2.)

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

พยาน

พยาน/(เจ้าหน้าที่/กรรมการ)

## เอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประจำตัวประชาชน ,บิดา มารดา กรณีผู้สมัครเป็นบุตรของสมาชิกฯ, บิดา มารดาของ คู่สมรส ,คู่สมรส กรณีผู้สมัครเป็นคู่สมรสบุตรสมาชิกฯ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน ,บิดา มารดา กรณีผู้สมัครเป็นบุตรของสมาชิกฯ ,บิดา มารดาของคู่สมรส ,คู่สมรส กรณีผู้สมัคร เป็นคู่สมรสบุตรสมาชิกฯ
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. สำเนาใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)
5. สำเนาใบจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
7. ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาลฉบับจริง