

เลขทะเบียนสมาชิก.....

**ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด**  
**(กรณีสมัครให้บุตร)**

**คำแถลงผู้ปกครอง**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

ศาสนา.....อยู่บ้านเลขที่.....รหัสประจำบ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล

.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ข้าพเจ้ามีอาชีพ.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะให้บุตรสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับของสมาคมนี้แล้ว มีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งนั้นๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้า หรือมีการแก้ไขประการใดๆ ก็ดีถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว โดยไม่ได้แย้งต่อสมาคมแต่อย่างใดโดยสิ้นเชิง จึงขอสมัครให้บุตรเป็นสมาชิกของสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด และขอให้ถ้อยคำสมัครให้บุตรไว้เป็นหลักฐานดังนี้

1. บุตรชื่อ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
กำลังศึกษาระดับ.....สถานศึกษา.....

2. บุตรชื่อ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
กำลังศึกษาระดับ.....สถานศึกษา.....

เมื่อบุตรข้าพเจ้าถึงแก่กรรมมีความประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

1. ....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า

2. ....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า

และให้.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงิน ได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสมาคมโปรดหักเงิน ได้รายเดือนของข้าพเจ้าเป็นค่าสมัครค่าสงเคราะห์และอื่นๆ ของบุตรให้แก่สมาคมตลอดไป

(ลงชื่อ).....(บุตร) (ลงชื่อ).....ผู้สมัครให้บุตร

(.....) (.....)

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

(.....) (.....)

**หลักฐานประกอบการสมัคร**

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร / ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร / ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ) และออกให้ไม่เกิน 30 วัน



## แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สก.สร.

เขียนที่ สำนักงาน สก.สร.

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....สมาชิก สม.คสร.เลขที่ .....  
เลขที่บัตรประชาชน ..... สถานที่ทำงาน .....อำเภอ .....  
จังหวัด ..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....  
ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

ขอระบุผู้มีสิทธิเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามระเบียบข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิก  
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ จำกัด ว่าด้วยพัฒนากิจสงเคราะห์เพื่อสงเคราะห์ซึ่งกันและกันใน  
การจัดการศพและสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิกที่ถึงแก่กรรม โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว  
จำนวน ..... ราย ดังนี้

1. ....เกี่ยวข้องกับ ..... ของข้าพเจ้า
2. ....เกี่ยวข้องกับ ..... ของข้าพเจ้า
3. ....เกี่ยวข้องกับ ..... ของข้าพเจ้า
4. ....เกี่ยวข้องกับ ..... ของข้าพเจ้า
5. ....เกี่ยวข้องกับ ..... ของข้าพเจ้า
6. ....เกี่ยวข้องกับ ..... ของข้าพเจ้า

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน  
( ..... )