

ใบสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์
(กรณีสมัครให้บุตร)
คำแถลงผู้ปกครอง

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

ข้าพเจ้า.....เป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์
จังหวัดสุรินทร์ 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.....

มีความประสงค์ที่จะให้บุตรสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์
ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับของสมาคมนี้แล้ว มีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและ
คำสั่งนั้นๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลังการสมัครของข้าพเจ้า หรือมีการแก้ไขประการใดๆ ก็ดีถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่
ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและคำสั่งดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ได้แย้งต่อสมาคมแต่อย่าง
ใดโดยสิ้นเชิง จึงขอสมัครให้บุตรเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ และขอให้
ถ้อยคำสมัครให้บุตรไว้เป็นหลักฐานดังนี้

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 ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อได้รับ
มอบหมายจากสมาคมโปรดหักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเป็นค่าสมัครค่าสงเคราะห์ศพและอื่นๆ ของบุตรให้แก่สมาคม
ตลอดไป

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

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

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

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

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้สมัคร / ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ
2. สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร / ผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐ) และออกให้ไม่เกิน 30 วัน
4. เงินค่าสมัคร 100 บาท ,ค่าบำรุงรายปี 50 บาท ,เงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า 2,000 บาท **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,150 บาท**
- ทั้งนี้ ให้สอดคล้องกับข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์ (ตามประกาศของสมาคมฯ)



สค.สร. 1/1

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สค.สร.

เขียนที่ สำนักงาน สค.สร.

วันที่เดือนพ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวสมาชิก สค.สร.เลขที่
เลขที่บัตรประชาชน สถานที่ทำงานอำเภอ
จังหวัด ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอระบุผู้มีสิทธิเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามระเบียบข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์
สมาชิกกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยแผนกกิจสงเคราะห์เพื่อสงเคราะห์ซึ่งกันและกันในการจัดการศพ
และสงเคราะห์ครอบครัวของสมาชิกที่ถึงแก่กรรม โดยระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว
จำนวน ราย ดังนี้

1.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
ที่อยู่..... โทร.....
2.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
ที่อยู่..... โทร.....
3.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
ที่อยู่..... โทร.....
4.เกี่ยวข้องกับ ของข้าพเจ้า
ที่อยู่..... โทร.....

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)