

ใบสมัครสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกคริสตัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์

กรณียติ/มารดา
ของสมาชิกสหกรณ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....ประกอบอาชีพ.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทร.....เป็นบิดา / มารดาของสมาชิกสหกรณ์ฯ
ชื่อ.....นามสกุล.....เลขทะเบียน.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกคริสตัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับ
ของสมาคมนี้แล้ว มีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบและคำสั่งนั้นๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลัง
การสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไขประการใดๆ ก็ดี ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบหรือคำสั่งดังกล่าว
แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ได้แย้งต่อสมาคมฯ แต่อย่างใดโดยสิ้นเชิง

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมมีความประสงค์ให้บุคคลต่อไปเป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

1. ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
 2. ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
 3. ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
 4. ชื่อ.....นามสกุล.....ซึ่งเป็น.....ของข้าพเจ้า
- และให้.....นามสกุล.....เป็นผู้จัดการศพของข้าพเจ้า

อนึ่งข้าพเจ้าเป็นสมาชิกของสมาคมฯ ข้าพเจ้าให้สมาคมฯ หักเงินสงเคราะห์ศพล่วงหน้า เงินสงเคราะห์ศพและเงิน
อื่นๆ จากบุตรของข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัคร)

(.....)

(ลงชื่อ).....(บุตรผู้สมัคร)

(.....)

(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 ให้สอดคล้องกับข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกคริสตัมพันธ์ (ตามประกาศของสมาคมฯ)

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัด
สุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียน.....เป็นสมาชิกสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์
เลขทะเบียน..... ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า
โปรดหักเงินเดือนของข้าพเจ้าเป็นค่าสงเคราะห์ศพและอื่นๆ ของนาย / นางนามสกุล.....
ซึ่งเป็นบิดา / มารดา ของข้าพเจ้าให้แก่สมาคมตลอดไป

(ลงชื่อ).....สมาชิก
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครเป็น () บิดา () มารดา ของ นาย / นาง / นางสาว.....
นามสกุล.....เป็นสมาชิกสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์จริงและ
ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับทุกประการ

(ลงชื่อ).....สมาชิก สก.สร.
(.....)



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

ขอระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว ตามระเบียบข้อบังคับสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิก
คุรุสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ 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
(.....)