

ใบสมัครสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกคุรุสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์

กรณีผู้สมัคร
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.....เป็นคู่สมรสของสมาชิกสหกรณ์ฯ
 ชื่อ.....นามสกุล.....เลขทะเบียน.....

ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกคุรุสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจ
 ข้อบังคับของสมาคมนี้แล้ว มีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบและคำสั่งนั้นๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือ
 หลังการสมัครของข้าพเจ้าหรือมีการแก้ไขประการใดๆ ก็ดี ถ้าหากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับระเบียบหรือคำสั่ง
 ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ได้แย้งต่อสมาคมฯ แต่อย่างใดโดยสิ้นเชิง

เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมมีความประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพ

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 จากคู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัคร)

(.....)

(ลงชื่อ).....(คู่สมรส)

(.....)

(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 ให้สอดคล้องกับข้อบังคับสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกคุรุสัมพันธ์ (ตามประกาศของสมาคมฯ)

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....เป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสัมพันธ์จังหวัด
สุรินทร์ จำกัด เลขทะเบียน.....เป็นสมาชิกสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์
เลขทะเบียน.....ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าโปรดหัก
เงินเดือนของข้าพเจ้าเป็นค่าสงเคราะห์ศพและอื่นๆของนาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....
ซึ่งเป็นคู่สมรสของข้าพเจ้าให้แก่สมาคมตลอดไป

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้เป็นคู่สมรส
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครเป็น ()สามี () ภรรยา ของ นาย/นาง/นางสาว.....
นามสกุล.....เป็นสมาชิกสมาคมพาณิชย์สงเคราะห์สมาชิกครูสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์จริงและ
ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับทุกประการ

(ลงชื่อ).....สมาชิก สก.สร.
(.....)



สค.สส. 1/1

แบบระบุผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ครอบครัว สค.สส.

เขียนที่ สำนักงาน สค.สส.

วันที่เดือนพ.ศ.

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

ขอระบุผู้มีสิทธิเงินสงเคราะห์ครอบครัว 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
(.....)