

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์



สสค.4

ใบสมัครสมาชิก ประเภท สมทบ

สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสค.)

- ☐ ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ
 ☐ ประเภทบิดา-มารดาสมาชิกสามัญ
☐ ประเภทบุตรสมาชิกสามัญ
 ☐ ประเภทสมาชิกสมทบของสหกรณ์
☐ ประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ. กลุ่มสมรสชื่อ.....

- (1) เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ของ.....สมาชิก
 สหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
 (2) เป็นสมาชิกสามัญสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์.....(สำหรับสมาชิกสมทบประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ)
 (3) เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขที่.....
 (4) สถานที่อยู่ (โทรศัพท์มือถือ.....E mail.....)

(ตามทะเบียนบ้าน)	(จัดส่งเอกสาร)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....	บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล (แขวง).....	ถนน..... ตำบล (แขวง).....
อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....	อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....	รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

- (5) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท และชำระครั้งต่อไป ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสด
 ☐ ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร () เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน () ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน () ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว () ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ (.....) ลงชื่อ.....ผู้จัดการ (.....)
--

ความเห็นของเลขานุการ/ประธานศูนย์ประสานงาน () ครอบงุมได้รับเป็นสมาชิก () อื่น ๆ.(ระบุ)..... ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน การอนุมัติ () ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่..... ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน () ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน (.....)
--



สสอ.3

หนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ และการหักเงิน
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมสทรรณออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนที่.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....
ทำงานประจำในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

2. กรณี ข้าพเจ้ามี ภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด
หักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน

➡ 3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.4.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.2.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.5.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....
3.3.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....	3.6.....เกี่ยวข้องกับ..... เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือกระทำการใดๆ ให้
ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

.....
(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

.....
(ลงชื่อ).....พยาน

.....
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอ.

.....
(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอ.

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
 ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
 ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....
 ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ
 และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรคติดเชื้อในระยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่
ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย / นาง / น.ส.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....

แล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ขอรับรองว่า

นาย / นาง / นางสาว.....ไม่เป็น

บุคคลวิกลจริต หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อน วัณโรค ในระยะอันตราย
โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการอันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง หรือ
โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคซิฟิลิส ในระยะที่ 3

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
สมาชิกสหกรณ์.....เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอ. รอบสมัครเดือน.....
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	☐	☐	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	☐	☐	ระบุ.....
3. โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย	☐	☐	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง	☐	☐	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	☐	☐	ระบุ.....
7. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-7 และยินยอมให้ สสอ. ขอประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับประวัติการรักษาโรคให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิการเป็นสมาชิก สสอ.

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอ.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติที่ใกล้ชิด, บิดา, มารดา, พี่น้องร่วมสายเลือด)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)