



เลขที่รับ.....
ว.ด.ป.ที่รับ.....

กลุ่ม 2

เลขทะเบียนสมาคม.....

ใบสมัคร

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2

เลขประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้า..... □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

อายุ.....ปี เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์.....หน่วย.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....ปัจจุบันตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....อำเภอ.....ชื่อคู่สมรส.....

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2

ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 กำหนดคือ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาแสดงการเปลี่ยนชื่อ - ชื่อสกุล (ถ้ามี)
4. ใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลของรัฐ

เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้ 1..... เกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้จัดการศพ/ผู้รับเงินสงเคราะห์ และมอบให้ 2..... เกี่ยวข้องเป็น 3..... เกี่ยวข้องเป็น 4..... เกี่ยวข้องเป็น เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ของข้าพเจ้า

เมื่อ สมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์จากข้าพเจ้าได้ ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญ (โดยระบุสถานที่) คือ.....จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับฯ/ระเบียบฯ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 (www.ktscc.org) โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลจากฐานข้อมูลของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 ที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล้นหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์หรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์ บริจาคเงินสงเคราะห์ล้นหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์
สมาชิกรุ่นออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์สมาชิกรุ่น
ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
และ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์สมาชิกรุ่น
ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์สมาชิกรุ่นออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
กลุ่ม 2 ทุกประการ

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

มติคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีมติ ให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์สมาชิกรุ่นออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
กลุ่ม 2 ได้ ในคราวประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....ลงวันที่.....
และได้เลขประจำตัวสมาชิกเลขที่.....