



เลขที่รับ.....

ว.ด.ป.ที่รับ.....

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 (กรณีสมาชิกสมทบของสหกรณ์)

เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้

และมอบให้ 1.....เกี่ยวข้องเป็น

2.....เกี่ยวข้องเป็น

3.....เกี่ยวข้องเป็น

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพของข้าพเจ้า เมื่อสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ศพจากข้าพเจ้าได้ ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญ (โดยระบุสถานที่) คือ.....จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับฯ/ระเบียบฯ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2 โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์ศพหรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ☐ บริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม

☐ ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี กลุ่ม 2**

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

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

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมสถาปนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
กลุ่ม 2 ทุกประการ

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)

มติคณะกรรมการ

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