



เลขที่รับ.....

ว.ด.ป.ที่รับ.....

เลขทะเบียนสมาคม.....

ใบสมัคร

สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด (คู่สมรส)

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

เลขประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้า.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี อาชีพ..... ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....คู่สมรสของ..... เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ฯ.....

หน่วย..... เลขทะเบียนสมาคมฌาปนกิจฯ..... ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า ได้ส่งหลักฐานประกอบการสมัครตามที่สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด กำหนดคือ

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

เมื่อสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด รับข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ถ้าข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้

และมอบให้ 1..... เกี่ยวข้องเป็น

2..... เกี่ยวข้องเป็น

3..... เกี่ยวข้องเป็น

เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์ศพของข้าพเจ้า เมื่อสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด คนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย ขอให้เรียกเก็บเงินสงเคราะห์ศพที่ข้าพเจ้าต้องชำระต่อสมาคม จากเงินเดือนหรือเงินบำนาญของข้าพเจ้าหรือจาก ณ ที่จ่ายเงินเดือนหรือเงินบำนาญของ นาย/นางคู่สมรสของข้าพเจ้า ณ หน่วยงานต้นสังกัด..... จังหวัดกาญจนบุรี หรือ..... (ระบุบุคคลที่มอบให้จ่ายเงินทดแทนตนเองพร้อมแจ้งที่อยู่ด้วย) ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ก่อนวันที่ยื่นใบสมัคร ข้าพเจ้าไม่มีประวัติทางการแพทย์ในการตรวจพบโรคมะเร็ง และ/หรือโรคติดต่อร้ายแรง จากสถานพยาบาลใด ๆ มาก่อน หากตรวจพบว่าคำรับรองของข้าพเจ้าข้างต้นไม่เป็นความจริง ให้สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด สงวนสิทธิ์ในการจ่ายเงินสงเคราะห์ ให้กับผู้รับผลประโยชน์ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อบังคับฯ/ระเบียบฯ ของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด โดยตลอดแล้ว ขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามทุกประการ

กรณีมีจำนวนเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ ซึ่งจำนวนเงินไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายเงินสงเคราะห์ศพ หรือค่าธรรมเนียมการโอนเงินผ่านธนาคาร ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ☐ บริจาคเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือให้แก่สมาคม

☐ ขอรับเงินคืน (ณ สมาคม)

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ คู่สมรส/ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

**หนังสือรับรองการสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... และ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
จำกัด ทุกประการ

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)

มติคณะกรรมการ

คณะกรรมการมีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูกาญจนบุรี
จำกัด ได้ ในคราวประชุมชุดที่.....ครั้งที่.....ลงวันที่.....
และได้เลขประจำตัวสมาชิกเลขที่.....