

**เอกสารประกอบการสมัคร**

ส.สอ.นพ.1/2

1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
6. ใบรับรองแพทย์ของรัฐฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน



**ใบสมัครสมาชิก**

**สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครพนม จำกัด (ส.สอ.นพ.)**

เลขประจำตัวสมาชิกสมาคมฯ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... สัญชาติ.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรส ชื่อ ..... ☐ หย่า หรือ หม้าย

สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขทะเบียนสมาชิกสหกรณ์ฯ.....

1. สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยงาน/โรงเรียน .....สังกัด.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

3. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจวัตถุประสงค์ข้อบังคับ สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครู  
นครพนม จำกัด มีความประสงค์สมัครสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครพนม จำกัด  
เป็นสมาชิก โดยยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร

- ( ) เป็นผู้มีความสมบัติถูกต้องครบถ้วน
- ( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน
- ( ) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว
- ( ) ครรอนุมัติรับเป็นสมาชิก

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ..... เลขานุการ

(.....)

ลงชื่อ..... นายกสมาคม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิก สอ.....เลขทะเบียน.....



หนังสือให้คำยินยอมในการหักเงิน และแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครพนม จำกัด (ส.ส.อ.นพ.)

เลขประจำตัวสมาชิกสมาคมฯ.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์..... เลขทะเบียน.....  
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตายขอมอบให้..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้าเป็นผู้จัดการศพ

3.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ขอมอบให้บุคคลต่อไปนี้เป็นผู้รับเงินสงเคราะห์คือ

3.1 .....บัตรประชาชน.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่.....เบอร์โทร.....

3.2 .....บัตรประชาชน.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่.....เบอร์โทร.....

3.3 .....บัตรประชาชน.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่.....เบอร์โทร.....

3.4 .....บัตรประชาชน.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....ที่อยู่.....เบอร์โทร.....

4.ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงาน สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครพนม จำกัด หักเงินเดือนต้นสังกัด เพื่อชำระเงินบำรุง  
เงินสงเคราะห์พัฒนากิจสงเคราะห์ เพื่อนำไปชำระสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครพนม จำกัด  
โดยไม่ต้องบอกกล่าวให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และในกรณีที่ข้าพเจ้าย้ายหน่วยงาน ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัด/  
หน่วยงานสังกัดใหม่หักเงินเดือน เพื่อชำระเงินบำรุง และ เงินสงเคราะห์ ตลอดไปจนกว่าจะสิ้นสุดสมาชิกภาพสมาคมตาม  
ข้อบังคับ ข้อ 14

5.หากข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้สมาคมหักเงินสงเคราะห์ เพื่อชดใช้หนี้ของข้าพเจ้าทั้งใน  
ฐานะผู้กู้และหรือผู้ค้ำประกัน ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครพนม จำกัด ก่อนจ่ายส่วนที่เหลือให้บุคคลที่ข้าพเจ้า  
ระบุใน ข้อ3.ได้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ ส.ส.อ.นพ.

(ลงชื่อ).....พยาน



## ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว ..... อายุ .....ปี

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว .....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและปราศจากโรค  
เหล่านี้

1. โรคหัวใจ
2. โรคฉี่หนูในระยะอันตราย
3. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
4. โรคเริมในระยะอันตราย
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
6. โรคอื่นๆตามที่แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้ .....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ

(3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย