

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ค.

- กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)
- กรณีพิเศษ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)
 - อายุ 35 ปี ขึ้นไป - 55 ปีบริบูรณ์
 - อายุ 55 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปี (นับถึง 31 ธ.ค. 56)
- กรณีพิเศษ (เคยเป็นสมาชิก แต่ลาออกและสมัครใหม่)
 - อายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์
 - อายุ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป - 60 ปีบริบูรณ์
 - อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้อมูลผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ค. (ทุกกรณี)

(1) ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(2) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำนองนี้ หรือ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออกไปแล้วและมาสมัครใหม่

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ครู | <input type="checkbox"/> คณาจารย์ | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารสถานศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้บริหารการศึกษา |
| <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการศึกษา | <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ | |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว | <input type="checkbox"/> สมาชิกคุรุสภา | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง) | |

(3) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

e-mail

(4) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต)

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา

เลขที่ ถนน แขวง / ตำบล เขต / อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน

2. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. แต่ลาออก แล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ค. เลขประจำตัว ลาออกเมื่อวันที่

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก

3. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครครั้งนี้ ดังนี้

3.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน.....บาท

3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน.....บาท

3.3 เงินสงเคราะห์รายศพ (เฉพาะผู้ที่เคยเป็นสมาชิก)
ตั้งแต่งวดที่.....ถึงงวดที่..... เป็นเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ข.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ข.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ข.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ตั้งแต่วันที่

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด

ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร

ประธานกรรมการ ข.พ.ค.

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ค. กรณีปกติ อายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์)

สถานที่

วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ
สถานที่ปฏิบัติงานประจำ

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ไม่เป็นผู้มีร่างกาย

ทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2)

.....
.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับรอง