



โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

- กรณีปกติอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)
- กรณีพิเศษ อายุ 35 ปี ขึ้นไป (ไม่เคยเป็นสมาชิก)
 - อายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์
 - อายุ 55 ปีขึ้นไป - 60 ปี (นับถึง 31 ธค.56)
- กรณีพิเศษ (เคยเป็นสมาชิกแต่ลาออก และสมัครใหม่)
 - อายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์
 - อายุ 55 ปีขึ้นไป - 60 ปีบริบูรณ์

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. (ทุกกรณี)

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ / เขต

เลขที่ทะเบียนสมรส จังหวัด

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน / ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก ในการจัดส่งเอกสารแบบตอบรับเป็นสมาชิก

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์เคลื่อนที่

e-mail

2. ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. คู่สมรสชื่อ

(2) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำนี้ หรือ เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. 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) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต

หรือหน่วยงานอื่น ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา

เลขที่ ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

3. ข้อมูลสำหรับผู้ที่เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส. แต่ลาออกแล้วมาสมัครใหม่

เคยเป็นสมาชิก ช.พ.ส.เลขประจำตัว ลาออกเมื่อวันที่

จังหวัดที่สังกัดครั้งสุดท้ายก่อนลาออก

4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครนี้ ดังนี้

- 4.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน บาท
- 4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน บาท
- 4.3 เงินสงเคราะห์รายศพ (เฉพาะผู้ที่เคยเป็นสมาชิก)
ตั้งแต่งวดที่ ถึงงวดที่ เป็นเงิน บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท
- ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.) และคู่สมรส ได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรมแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ
(.....)
ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส. (คู่สมรสของครูและบุคลากรทางการศึกษา)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบ การสมัครครบถ้วนพร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. หรือเรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. เป็นกรณีพิเศษแล้วแต่กรณี

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง

- คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ส. ตั้งแต่วันที่
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ผอ. สนง. สกสศ. จังหวัด
- ผอ. สนง. สกสศ. กรุงเทพมหานคร
- ประธานกรรมการ ช.พ.ส.

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

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

สถานที่

วันที่..... เดือน

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ได้ทำการตรวจร่างกาย
นาย / นาง / นางสาว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ
จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- (5) โรคพิษสุราเรื้อรัง

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย
(.....)

- หมายเหตุ**
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มึร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ปราศจากโรคหรือหายจากโรคที่ระบุไว้ข้างต้น
 - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย