



โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง
เอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรเจ้าหน้าที่รัฐหรือบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐมีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์

**ใบสมัครสมาชิก ประเภท สมทบ**

**สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอ.)**

- ประเภทคู่สมรสสมาชิกสามัญ
- ประเภทบิดา-มารดาสมาชิกสามัญ
- ประเภทบุตรสมาชิกสามัญ
- ประเภทสมาชิกสมทบของสหกรณ์
- ประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เลขที่ประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

- (1) เป็น  คู่สมรส  บุตร  บิดา  มารดา ของ.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์.....เลขที่สมาชิก.....
- (2) เป็นสมาชิกสามัญสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์.....(สำหรับสมาชิกสมทบประเภท สมาชิกสมาคม 4 กลุ่มวิชาชีพ)
- (3) เป็นสมาชิกสมทบสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด เลขที่.....
- (4) สถานที่อยู่ ( โทรศัพท์มือถือ.....E mail.....)

(ตามทะเบียนบ้าน)	(จัดส่งเอกสาร)
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....	บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน..... ตำบล (แขวง).....	ถนน..... ตำบล (แขวง).....
อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....	อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....	รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

- (5) การชำระเงินค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกจำนวน.....บาท และชำระครั้งต่อไป ดังนี้

ชำระเป็นเงินสด  ชำระจากบัญชีเงินฝากในสหกรณ์ของสมาชิก

ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจในวัตถุประสงค์ของข้อบังคับ สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทยแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

<p><b>สำหรับเจ้าหน้าที่</b></p> <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัคร</p> <p>( ) เป็นผู้มีความประพฤติถูกต้องครบถ้วน</p> <p>( ) ได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน</p> <p>( ) ชำระเงินค่าสมัคร และเงินค่าสงเคราะห์ล่วงหน้าแล้ว</p> <p>( ) ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่</p> <p>(.....)</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้จัดการ</p> <p>(.....)</p>
--

<p><b>ความเห็นของเลขานุการ/ประธานศูนย์ประสานงาน</b></p> <p>( ) ควรอนุมัติรับเป็นสมาชิก ( ) อื่น ๆ.(ระบุ).....</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน</p> <p>ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน</p> <p>การอนุมัติ</p> <p>( ) ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่.....</p> <p>ลงชื่อ.....เลขานุการศูนย์ประสานงาน</p> <p>( ) ทราบและเสนอที่ประชุมทราบด้วย</p> <p>ลงชื่อ.....ประธานศูนย์ประสานงาน</p> <p>(.....)</p>
--

# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

ปรากฏว่า

นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

- (1) โรคหัวใจ
- (2) โรคหัวใจในระยยะอันตราย
- (3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
- (4) โรคมะเร็งในระยยะอันตราย
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- (6) โรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าเป็นอันตราย

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ ดังนี้.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(โปรดประทับตราสถานบริการของรัฐ)

- หมายเหตุ
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องออกจากราชการ
  - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



## แบบคำรับรองสุขภาพตนเอง

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
สมาชิกสหกรณ์..... เลขที่สมาชิกสหกรณ์.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ได้ทำการสมัครสมาชิก สสอค. รอบสมัครเดือน.....  
และขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล.....  
ขอเรียนว่าข้าพเจ้า มีประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้

	ไม่มี	มี	
1. โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
2. โรคหัวใจ หรือหลอดเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
3. โรคฉับโรครุในระยษะอันตรราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
4. โรคเบาหวานชั้นรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
6. โรคไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....
7. โรคร้ายแรงอื่น ๆ ตามที่แพทย์ระบุ.....			

เรียน นายกสมาคมอาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าไม่มีประวัติการรักษาโรคตามข้อ 1-7 และยินยอมให้ สสอค. ขอประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

หากข้าพเจ้าละเว้นที่จะเปิดเผยความจริงหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จเกี่ยวกับประวัติการรักษาโรคให้ถือว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ์การเป็นสมาชิก สสอค.

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก สสอค.)

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

ตัวบรรจง(.....)

ลงชื่อ..... (กรรมการศูนย์ประสานงาน)

ตัวบรรจง(.....)



สสอค.3

หนังสือให้คำยินยอมในการแสดงเจตนาการรับเงินสงเคราะห์ และการหักเงิน  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกชุมชนมุสลิมสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย (สสอค.)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด เลขทะเบียนที่.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

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

โทรศัพท์มือถือ.....ทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

1. สถานภาพ

โสด

สมรส คู่สมรสชื่อ.....

หย่า หรือ หม้าย

2. กรณี ข้าพเจ้ามี ภาระหนี้ คงค้างอยู่กับสหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัด ข้าพเจ้า ยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ต้นสังกัดหักเงินเพื่อชำระหนี้ดังกล่าวจนเสร็จสิ้นก่อน



3. เงินที่เหลือจาก ข้อ 2 ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาจ่ายเงินสงเคราะห์ที่พึงจ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

3.1..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.4..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.2..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.5..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....
3.3..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....	3.6..... เกี่ยวข้องกับ.....เบอร์โทรศัพท์.....

โดยมอบให้ผู้รับเงินสงเคราะห์ลำดับที่.....(นาย/นาง/นางสาว.....)เป็นผู้จัดการศพ

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใดๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

.....  
(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม

.....  
(ลงชื่อ).....พยาน

.....  
(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ สสอค.

.....  
(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจลงนาม สสอค.



สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด

72/27-28 ถนนชัยประสิทธิ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทร. 044-830882 – 044-830470

โทรสาร. 044-830882

E – mail : coopsaman123@gmail.com

เอกสารชี้แจงสิทธิและคำยินยอมของผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ

1. “สหกรณ์” ให้หมายความถึง สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดชัยภูมิ จำกัด
2. “สมาชิก” ให้หมายความถึง บุคคล และ/หรือ คณะบุคคล ที่คณะกรรมการสหกรณ์ได้มีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์แล้วเท่านั้น
3. สมาชิกของสหกรณ์มีสิทธิสมัครเข้าเป็นสมาชิกของ สสอ / สส.ชสอ ได้
4. ในการสมัครเข้าเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ ผู้สมัครต้องจัดเตรียมเอกสารให้ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่ สสอ / สส.ชสอ กำหนดไว้
5. สหกรณ์เป็น “ศูนย์ประสานงาน” ให้ สสอ / สส.ชสอ และมีหน้าที่ในการตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติเบื้องต้นของผู้สมัครเท่านั้น
6. ผู้สมัครจะเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ โดยสมบูรณ์ เมื่อคณะกรรมการ สสอ / สส.ชสอ มีมติให้รับเข้าเป็นสมาชิก สสอ / สส.ชสอ และแจ้งให้สหกรณ์ทราบถึงมตินี้
7. กรณีที่ผู้สมัครยื่นเอกสารการสมัครหรือชำระเงินไม่ครบถ้วนก็ดี หรือในระหว่างที่สหกรณ์ดำเนินการตรวจสอบเอกสารและ/หรือคุณสมบัติของผู้สมัครก็ดี หรือในช่วงระยะเวลาใดๆก่อนที่ สสอ / สส.ชสอ จะ มีมติรับเข้าเป็นสมาชิกก็ดี หากมีเหตุอันทำให้ผู้สมัครเสียชีวิตลง ผู้สมัครยังไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงิน ฌาปนกิจสงเคราะห์ แต่จะได้รับเงินสงเคราะห์ (ล่วงหน้า) คืน ยกเว้นค่าบำรุงและค่าธรรมเนียมในการสมัคร
8. ตามที่ข้าพเจ้าได้ยื่นใบสมัครสมาชิก สสอ และ/หรือ สส.ชสอ. แต่ยังมีได้ชำระค่าสมัคร ค่าบำรุงรายปีและค่าสงเคราะห์ล่วงหน้า ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักเงินกู้ โดยนำไปชำระตามรายการที่กล่าวได้ และถือว่าเอกสารฉบับนี้เป็นคำยินยอมให้หักเงินเพื่อสมาชิกเอง

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/นางสาว).....เลขทะเบียนสมาชิกที่.....

ได้รับทราบสิทธิและยินยอมให้ดำเนินการตามที่กล่าวข้างต้นทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....