(ฌค. 3)

กรุณาส่ง

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 1/2545
ไปรษณีย์ศึกษาธิการ

ชื่อ.....สกุล.....
เลขที่ ...../..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....
แขวง / ตำบล .....
เขต / อำเภอ .....
จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์ .....

สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. 128/1 ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม.10300

หนังสือรับรองการเป็นสมาชิก ช.พ.ค.

สำนักงาน ช.พ.ค. ได้รับท่านเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค.แล้ว การชำระเงินสงเคราะห์รายศพจะเริ่มเก็บตั้งแต่งวดที่ ...../..... โดยสมาชิก ช.พ.ค.ที่มีเงินได้รายเดือนหรือเงินเดือนประจำต้องยินยอมให้ผู้จ่ายเงินเดือนทำการหักเงินได้รายเดือน ณ ที่จ่าย เพื่อชำระเงินสงเคราะห์รายศพจากหน่วยงานที่ท่านสังกัด กรณีที่หน่วยงานของท่านไม่มีหน่วยงานหักเงินได้รายเดือนหรือเงินเดือนให้ติดต่อการชำระเงินได้ที่สำนักงาน สกสค.จังหวัดที่ท่านสังกัด โดยท่านสามารถเลือกวิธีการชำระเงินด้วยตนเอง หรือ ชำระผ่านธนาคารกรุงไทย หรือวิธีการอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการ ช.พ.ค. กำหนด

ชื่อสมาชิก ช.พ.ค. ชื่อ.....สกุล.....
เลขประจำตัวสมาชิก ☐☐☐☐☐☐☐
วันที่อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

โปรดเก็บเอกสารนี้ไว้เพื่อประโยชน์ของท่าน
สำนัก ช.พ.ค. – ช.พ.ส.
www.otep.go.th

หมายเหตุ : กรณีการสมัครเข้าเป็นสมาชิกซ้ำในภายหลังให้ถือเป็นโมฆะ และสำนักงานจะไม่คืนเงินค่าสมัครรวมถึงเงินอื่นใดที่สำนักงานได้รับแล้ว ยกเว้นเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าที่คงเหลือ