

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
- 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) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งทำนี้ 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 ค่าสมัครบาท
 - 3.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าบาท
 - 3.3 เงินสงเคราะห์รายศพ (เฉพาะผู้ที่เคยเป็นสมาชิก)
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
.....บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

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

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

คำสั่ง อนุมัติรับเข้าเป็นสมาชิก ช.พ.ค. ตั้งแต่วันที่

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก

.....

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี) <input type="radio"/> ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด <input type="radio"/> ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร <input type="radio"/> ประธานกรรมการ ช.พ.ค.
--

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

(สโมสรสมาชิก 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



หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

สังกัด อัตราเงินเดือนบาท

เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราหน่วยงาน