

4. การชำระเงิน ข้าพเจ้าได้ชำระเงินในการสมัครนี้ ดังนี้

- 4.1 ค่าสมัคร เป็นเงิน บาท
- 4.2 เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า เป็นเงิน บาท
- 4.3 เงินสงเคราะห์รายศพ (เฉพาะผู้ที่เคยเป็นสมาชิก)
ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ เป็นเงิน บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท
- ตัวอักษร (.....)

ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.) และคู่สมรส ได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรมแล้วมีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

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

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วนพร้อมชำระเงินค่าสมัคร เงินสงเคราะห์ล่วงหน้าและเงินสงเคราะห์รายศพ ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษาในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม 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. สกสค. จังหวัด

ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร

ประธานกรรมการ ช.พ.ส.

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ส. 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 ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ
จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

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

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (2)

.....
.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

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



ใบรับรองแพทย์

(สมัครสมาชิก ช.พ.ส. ใช้เฉพาะกรณีพิเศษ อายุเกิน 35 ปี)

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 ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ
จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้และไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ปราศจากโรคเหล่านี้

1. วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคเมรัยระยะสุดท้าย
6. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง

ถ้าหากจำเป็น สำนักงาน ช.พ.ส. อาจระบุให้แพทย์ทำการตรวจหาโรคเพิ่มเติม

สรุปความเห็นและขอแนะนำของแพทย์ (2)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

- หมายเหตุ**
- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลภาครัฐ หรือ
สถานพยาบาลของ สกสค. เท่านั้น
 - (2) ให้แสดงว่าผู้รับการตรวจร่างกายเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์เพียงใด
 - (3) ให้ประทับตราของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
 - (4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับรอง

ตราหน่วยงาน

หนังสือรับรองของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ข.พ.ส.

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย / นาง/ นางสาว.....

ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน

สังกัด อัตราเงินเดือน บาท

เริ่มรับราชการหรือปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จนถึงปัจจุบัน

ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราหน่วยงาน