

โปรดเขียนตัวบรรจง
และกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง



ชพส. 1

ใบสมัครสมาชิก ช.พ.ส.

- กรณีปกติ
- กรณีพิเศษ (ไม่เคยเป็นสมาชิก)
- อายุ 35 - 55 ปี
- อายุ 55 - 60 ปี
- กรณีพิเศษ (เคยเป็นสมาชิก)
- อายุไม่เกิน 55 ปี
- อายุเกินเกิน 55 ปีขึ้นไป

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลของผู้สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล อายุ ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จดทะเบียนสมรส ณ อำเภอ / เขต

เลขที่ทะเบียนสมรส.....จังหวัด.....

(2) ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ข้อมูลของคู่สมรสของผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.

(1) ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล เกิดวันที่ เดือน พ.ศ.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่บัตรเจ้าหน้าที่ของรัฐ

(2) ดำรงตำแหน่งหรือปฏิบัติหน้าที่

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> สมาชิกคุรุสภา | <input type="checkbox"/> คณาจารย์ | <input type="checkbox"/> ครู | <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"/> อื่น ๆ (ระบุตำแหน่ง) | |

(3) สถานที่ปฏิบัติงาน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต.....อำเภอ.....จังหวัด.....)

ชื่อหน่วยงาน / สถานศึกษา สังกัด เลขที่

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

(4) ข้าพเจ้า (ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.) และคู่สมรสได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการมอบเงินช่วยเหลือเพื่อนครู และบุคลากรทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม พ.ศ. 2550 แล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. โดยยินยอมปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวทุกประการ

/ (5) ข้าพเจ้า.....

(5) ข้าพเจ้าได้ชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้ารวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท
ตัวอักษร (.....)

ลงชื่อ ผู้สมัครสมาชิก ช.พ.ส.
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ส. และได้แนบหลักฐาน
ประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการ
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครู และบุคลากร
ทางการศึกษา ในกรณีคู่สมรสถึงแก่กรรม และประกาศคณะกรรมการ ช.พ.ส. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ส. หรือเรื่องการ
เปิดรับสมัครสมาชิก 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.

ตำแหน่ง

ลงชื่อ
(.....)

- ประธานกรรมการ ช.พ.ส.
- ผู้อำนวยการ สกสศ. กทม. / จังหวัด

หมายเหตุ ข้าพเจ้าได้ทราบระเบียบและข้อบังคับของ ช.พ.ส. แล้ว และจะปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด หากข้าพเจ้าจะเลย
หรือไม่ปฏิบัติตาม ข้าพเจ้าจะไม่ขอเรียกร้องสิทธิใด ๆ จาก ช.พ.ส.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นสมาชิก ช.พ.ค. และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า ตามระเบียบสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ว่าด้วยการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา และประกาศของกรรมการ ช.พ.ค. เรื่องการเปิดรับสมัครสมาชิก ช.พ.ค. หรือเรื่องการเปิดรับสมัคร ช.พ.ค. เป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

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

ผู้มีอำนาจอนุมัติ (แล้วแต่กรณี)

- ผอ. สนง. สกสค. จังหวัด
- ผอ. สนง. สกสค. กรุงเทพมหานคร
- ประธานกรรมการ ช.พ.ค.

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง



ใบรับรองแพทย์

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (1).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือ
สถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. เรียบร้อยแล้ว

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว.....ไม่เป็นโรคต่อไปนี้

1. วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคมะเร็งระยะสุดท้าย
6. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง

ถ้าหากจำเป็นสำนักงาน ช.พ.ค. อาจระบุให้แพทย์ทำการตรวจหาโรคเพิ่มเติม
สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (2).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
(.....)

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมโรงพยาบาลภาครัฐ หรือ
สถานพยาบาลของ สกสค. เท่านั้น
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด
- (3) ประทับตราของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลด้วย
- (4) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย



ตราสถาบัน

หนังสือรับรอง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

สังกัด.....อัตราเงินเดือน.....บาท

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

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นขึ้นไปและประทับตราสถาบัน